# علم النفس العيادي

## وتطبيقاته الإرشادية


الأستاذ الدكتور

**محمد عبدالحميد الشيخ حمود**

أستاذ الإرشاد النفسي

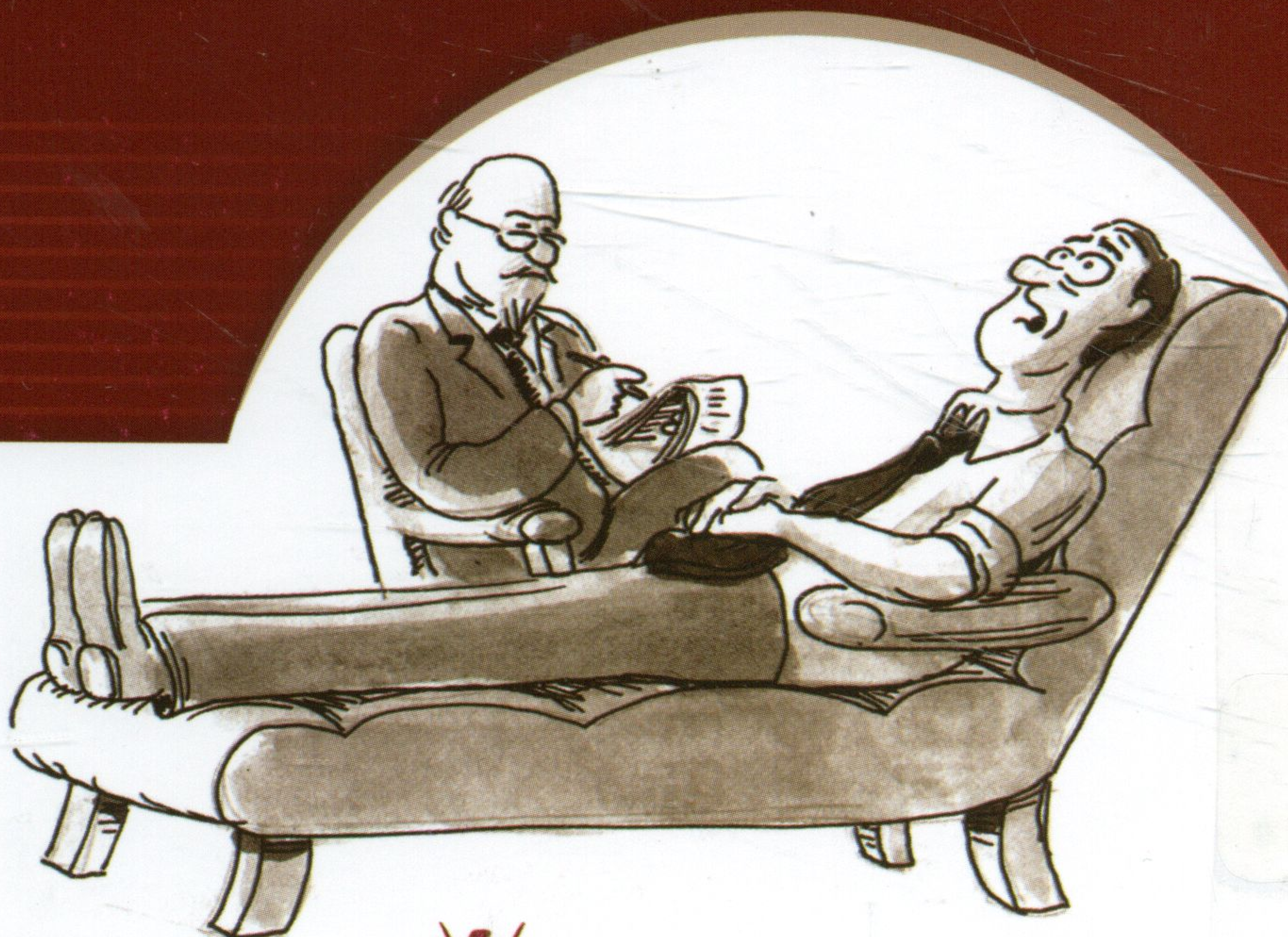
كلية التربية - جامعة دمشق

الأستاذ الدكتور

**محمد قاسم عبد الله**

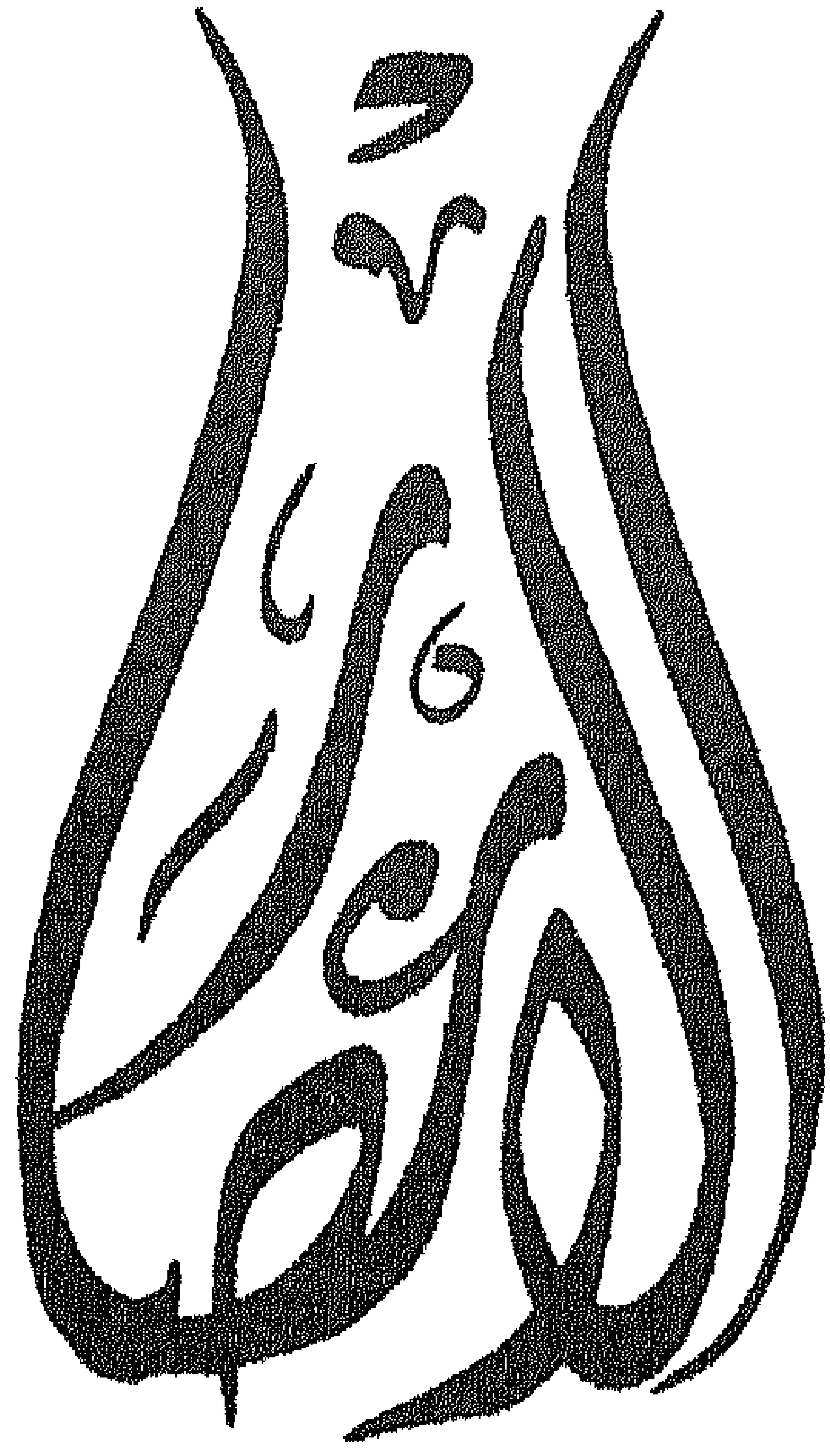
أستاذ الصحة النفسية وعلم النفس العيادي

كلية التربية - جامعة دمشق

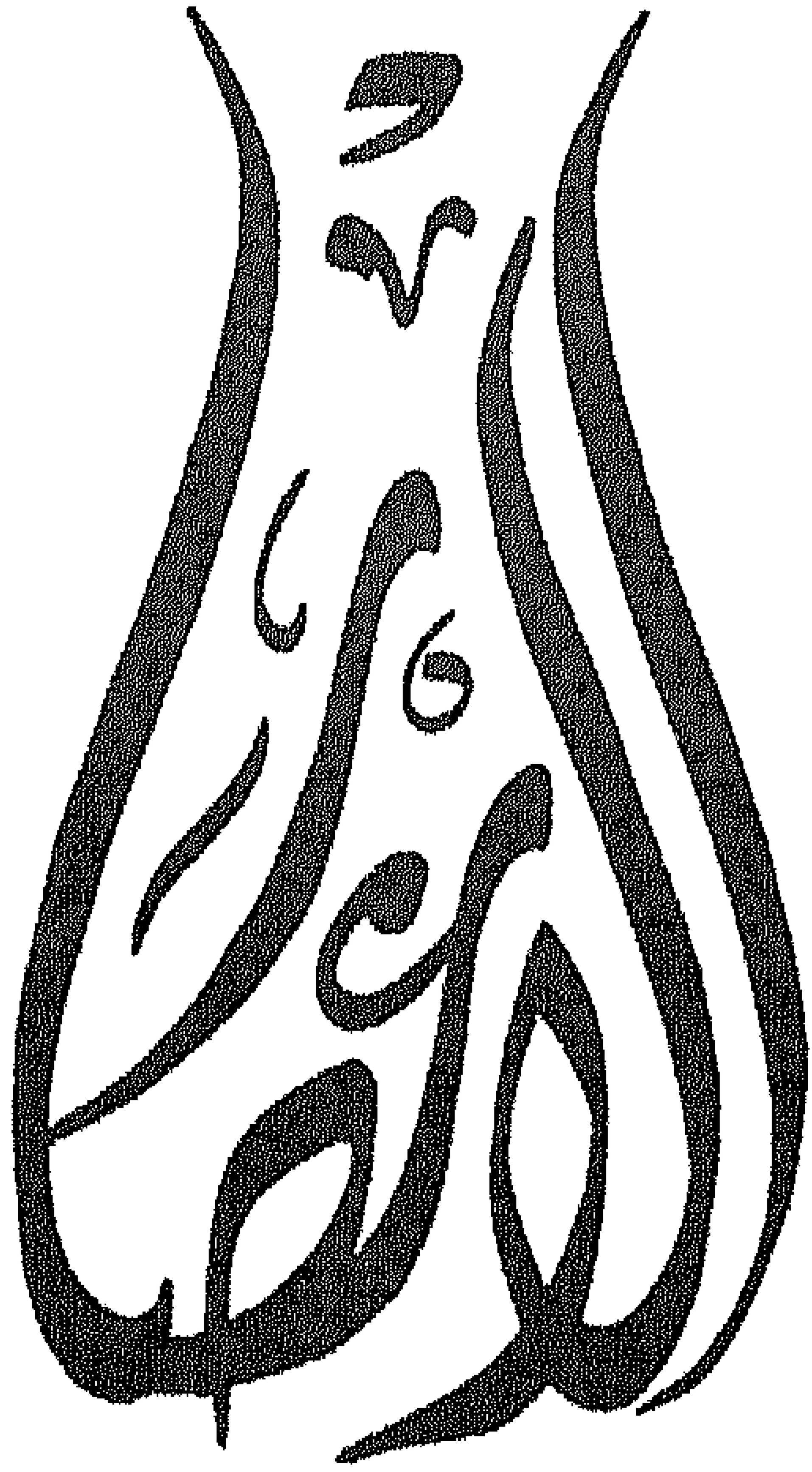






للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع

وَاعْتَصِمُوا بِحَبْلِ اللَّهِ جَمِيعًا وَلَا تَفَرَّقُوا

علم النفس

# العيادي

# علم النفس العيادي


**الأستاذ الدكتور**
**محمد عبد الحميد الشيخ حمود**
*أستاذ الإرشاد النفسي*
*كلية التربية –جامعة دمشق*

**الأستاذ الدكتور**
**محمد قاسم عبد الله**
*أستاذ الصحة النفسية وعلم النفس العيادي*
*كلية التربية –جامعة دمشق*



**الطبعة الأولى**
2015م – 1436هـ



دار الأعصار العلمي
للنشر والتوزيع

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2014/6/2548)

616.08

حمود، محمد عبدالحميد

علم النفس العيادي وتطبيقاته الإرشادية / محمد عبدالحميد حمود، محمد قاسم عبدالله.- عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، 2014

( ) ص

ر.أ. : 2014/6/2548

الواصفات: /علم النفس العيادي//الطب النفسي/

• يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.



الطبعة العربية الأولى

2015م-1436هـ




الأردن – عمان – وسط البلد – شارع الملك حسين – مجمع الفحيص التجاري

هاتف: 96264646208+ فاكس: 96264646470+

الأردن – عمان – مرج الحمام – شارع الكنيسة – مقابل كلية القدس

هاتف: 96265713906+ فاكس: 96265713907+

جوال: 797896091 – 00962

info@al-esar.com – www.al-esar.com




ISBN 978-9957-586-73-7 (ردمك)

# المحتويات

## الفصل الثالث

## سيكولوجية العميل المضطرب وفقاً لمرحلة النمو



## الفصل الرابع

## المقتضيات الإكلينيكية في العمل الإرشادي، الإحالة، إدراك الأعراض، سعي المتعالج في طلب العلاج، اللقاء الأول، والمعلومات والبيانات الأولية



## الفصل الخامس

## سيكولوجية الأمراض الجسمية

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

## الفصل السادس

## سيكولوجية الحياة الاجتماعية للمرضى

## " الأبعاد والعلاقات الاجتماعية البين شخصية للمضطربين"



## الفصل السابع

## العلاج والإرشاد النفسي لمرضى الجسم



## الفصل الثامن

## الضغط النفسي والتعامل معه في العمل الإرشادي



## الفصل التاسع

## (الألم) معنى الألم وطرق تدبره الإكلينيكي

## الفصل العاشر

## علم النفس العلاجي في المستشفى

## ملازمة المريض للمستشفى والتكيف معه



## الفصل الحادي عشر

## التأهيل الإكلينيكي للمرضى

## والعجزة والبرامج الإرشادية للوقاية من المرض

المقدمة:

يحتل علم النفس العيادي أو الإكلينيكي مكانة مهمة بين ميادين علم النفس التطبيقية، خاصة مع التطور المتسارع للبحوث والدراسات الإكلينيكية والتجريبية التي رافقت التغيرات الاجتماعية والتكنولوجية والسلوكية التي يعيشها العالم المعاصر، مما يفرض على المتخصصين بالعلاج والإرشاد النفسي ضرورة تتبع نتائجها والإفادة منها على المستويين الأكاديمي والعملي بما يسهم في رفع مستوى الخدمات النفسية المتخصصة. من هنا يأتي هذا الكتاب ، ليعرض أهم التطبيقات الإرشادية لعلم النفس العيادي، مستعرضاً أحدث النتائج والقضايا، وتطبيقاتها في ميدان الخدمة النفسية عامة والإرشادية خاصة. ومن هذه الموضوعات: سيكولوجية الألم وتدبره وتطبيقاته في المجال الإرشادي، والضغوط النفسية، والخدمات النفسية والسلوك الصحي، والتكيف النفسي مع المستشفى، واستجابة العملاء لتعليمات المعالج ودرجة الإذعان لها، وبعض مقتضيات العملية العلاجية اللازمة للمرشد النفسي، وتأهيل العجزة والمرضى والبرامج الإرشادية المتخصصة لمرضى الجسم، وضرورة تلازم الخدمات الإرشادية والعلاجية النفسية مع العلاج الطبي والدوائي، وغيرها من الموضوعات.

نأمل أن يكون هذا الكتاب إضافة مهمة لميدان الإرشاد النفسي، وأن يفيد منه العاملين في ميدان الرعاية الطبية النفسية والصحة النفسية والإرشاد النفسي والمرشدين والمعالجين النفسيين، والطلبة في المراحل الجامعية الأولى والدراسات العليا في ميداني علم النفس والإرشاد النفسي والعمل الاجتماعي.

والله من وراء القصد

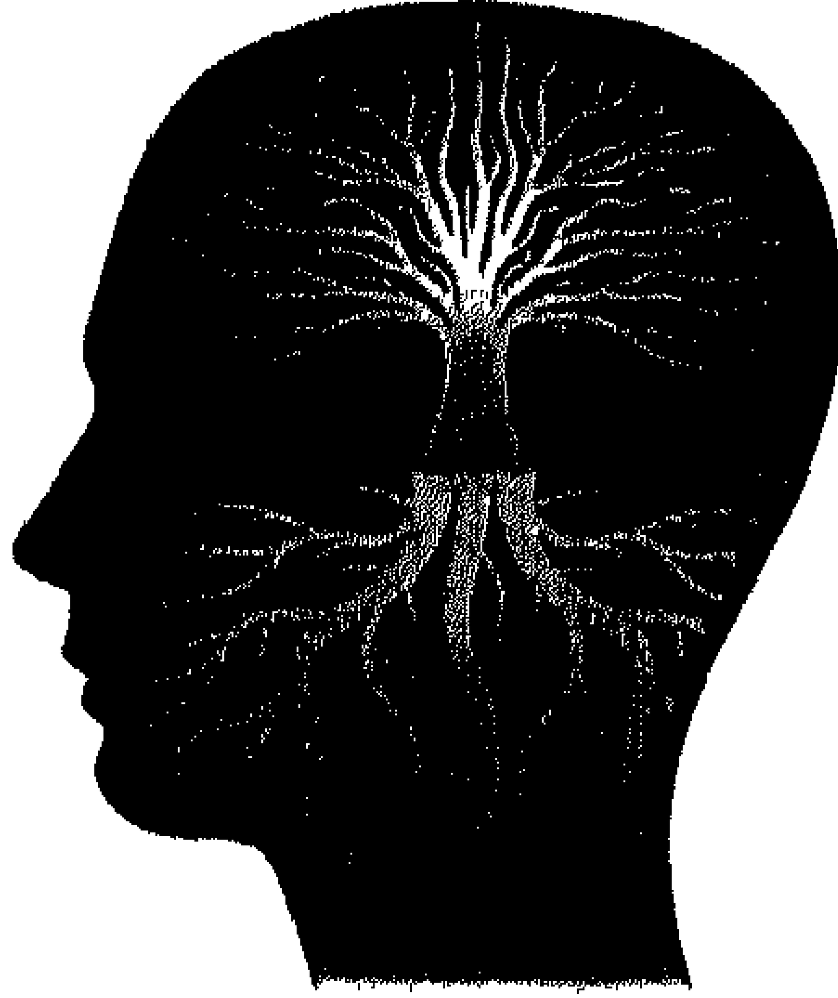
**أ. د. محمد عبدالحميد الشيخ حمود**

**أ. د. محمد قاسم عبدالله**

# الفصل الأول



## علم النفس العيادي، موضوعه ونشأته



# الفصل الأول

## علم النفس العيادي، موضوعه ، ونشاته

- أولاً: معنى علم النفس العيادي وموضوعه
- ثانياً: الاضطرابات النفسية في حياتنا اليومية
- ثالثاً: الحاجة إلى علم النفس العلاجي ورعاية المضطربين نفسياً
- رابعاً: معنى العلاج النفسي (علم النفس العيادي)
- خامساً: تعريف المصطلحات الأساسية
- سادساً: نشأة علم النفس العيادي:

1. الجذور التاريخية.
2. تطور العلاج النفسي كعلم وكمهنة (علم النفس العيادي المعاصر).
3. العلاج النفسي في البلاد العربية.

# الفصل الأول

## علم النفس العيادي (موضوعه، ونشأته)،

تطور علم النفس العيادي أو الإكلينيكي Clinical Psychology ويسمى علم النفس العلاجي)، تطوراً سريعاً في العقود القليلة الماضية، وأصبح جزءاً متكاملاً من أنظمة تقديم الرعاية الصحية . فقد ظهر هذا التطور والتوجه في المستشفيات وكليات الطب التي اشتملت على أقسام وبرامج متخصصة تقدم برامج نفسية إكلينيكية تحت مسميات متعددة منها: طب الأسرة والمجتمع Community and Family Mediscine، الطب السلوكي Behavioral Mediscine، الطب البيئي Environmental Mediscine علم النفس التأهيلي psychology Rehabilitation، وعلم النفس الجسمي Somatic Psychology .وعلم نفس الصحة Health Psychology، وعلم النفس الطبي Medical Psychology ويتزايد عدد طلاب الطب والتمريض في جميع بلدان العالم، ومع هذا التزايد ينظر إلى مبادئ علم النفس العيادي وتقنياته على أنها مفاهيم وطرائق مهمة تساعدهم على مزيد من فهم الصحة والمرض وتطبيق تقنيات معالجته.

### أولاً: معنى علم النفس العيادي وموضوعه:

أبسط تعريف لكل فرع من فروع علم النفس، هو النظر إلى الميدان أو المجال الذي يتعامل معه ويطبق فيه مبادئ السلوك. فحين نقول إن علم النفس التربوي هو تطبيق مبادئ علم النفس في مجال التربية، وعلم النفس الصناعي، هو تطبيق هذه المبادئ في "الصناعة" وعلم النفس العسكري هو تطبيق مبادئ السلوك في "الجيش"، وعلم النفس العيادي هو تطبيق مبادئ السلوك في "العيادة" يمكننا القول بأن علم النفس العيادي هو تطبيق مبادئ السلوك في مجال " العيادة clinic" أو على "المرضى patiant" وفي" المعالجة therapy ".

و يعتبر علم النفس االعيادي أو العلاجيClinical Psychology أحد فروع الممارسة النفسية الإكلينيكية، والذي يكون فيها المتخصص قد حصل على تعليم، وتدريب وممارسة، متخصصة في تقديم تقنيات وأساليب التشخيص والعلاج للمرضى الذين يعالجهم.

ومن أحدث التطورات لهذا الميدان هو علم النفس العيادي الطبي Clinical & Medical Psychology الذي طبق في الولايات المتحدة الأمريكية مثل ولاية نيو مكسيكو، وليوزيانا، والعديد من الأقسام العسكرية والدفاعية حيث يقوم عالم النفس العيادي الطبي بتقديم وصفات طبية للمرضى الذين يعالجهم إضافة على تطبيق تقنيات العلاج النفسي المتنوعة. ويعتبر علم النفس الإكلينيكي الطبي الفرع الخامس والخمسين (55) بين فروع علم النفس التي تضمها الرابطة النفسية الأمريكية (APA American Psychological Association).

وتعرف علم النفس الطبي العيادي بأنه "أحد فروع علم النفس الذي يعمل على تكامل طرق العلاج الجسمية (الطبية)، والنفسية (السلوكية) في معالجة الأمراض وتدبرها، وخاصة الاضطرابات الانفعالية، والمعرفية، والسلوكية واضطرابات سوء استعمال المواد المؤثرة والعقاقير.. فعالم النفس العيادي الطبي، رخص له قانوناً تقديم هذا النوع من العلاج ووصف الدواء، ومراقبة أو متابعة المعالجة الطبية، وغيرها من طرق التدخل العلاجي بأنواعه، كما يساهم في البحوث الطبية، والتشخيص". ومن الموضوعات التي الحديثة التي يبحثها علم النفس العيادي في المجالين الإرشادي والطبي:

**على المستوى العام:**

- بحوث التأهيل وإعادة التأهيل (علم النفس التأهيلي)
- الطب الاجتماعي والأسري
- دراسة الإرضاع والتمريض

- برامج الوقاية.
- الطب السلوكي.
- معالجة الأمراض المزمنة.
- الضغوط النفسية والأمراض الجسمية.
- علم نفس طب الأطفال.
- التغذية الراجعة الحيوية وتطبيقاتها.

**على مستوى الموضوعات الخاصة : يبحث علم النفس الطبي في:**

- سيكولوجية علاقة الطبيب والمريض.
- سيكولوجية الألم وطرق تدبره.
- التكيف مع مراكز الرعاية الصحية (كالمستشفى ومركز التأهيل الطبي).
- تقنيات الطب السلوكي في الأمراض الجسمية.
- سيكولوجية المرضى الجسميين (سيكولوجية مرضى البدن).
- سيكولوجية الطفل المريض، والطاعن في السن.
- إشكالية تنفيذ المريض لأوامر الطبيب وتعليماته (المطاوعة للعلاج).
- الشخصية والأمراض الجسمية.
- المظاهر النفسية للأمراض الجسدية والعناية بها.
- مهارات التعامل والتكيف مع المرض.

**ثانياً: الاضطرابات النفسية في حياتنا اليومية:**

لا يقرأ أحدنا صحيفة يومية أو مجلة، ولا يلقى نظرة يتصفح من خلالها موقعاً من مواقع الإنترنت، أو بعض القنوات الفضائية، إلا ويرى حالة قتل، أو اغتصاب، أو انتحار، أو سرقة، أو تشرد وهروب، أو مشكلات زوجية أو أسرية، أو انحرافات جنسية، أو إدمان أو غيرها من الحوادث التي قد تكون أقل عنفاً. إن هذه الحوادث وغيرها لا تشمل فئة معينة من الناس أو مجتمعاً معيناً من المجتمعات.

فالاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية منتشرة بين الناس في مختلف المجتمعات، ولدى مختلف المستويات الاجتماعية، والتعليمية، والاقتصادية. وخاصة في حياتنا المعاصرة. فهذا طفل في مرحلة التعليم الأساسي يبدو عليه الخوف الشديد من المدرسة School phobia، وتظهر على سلوكه علامات الخوف في كل مناسبة يتم الحديث فيها عن المعلم. وذلك طفل في الصف الثالث، يظهر عليه فرط النشاط، فلا يهدأ في الصف، ولاينتبه إلى ما يقوله معلمه، ولا يكمل ما يطلب منه من مهمات، وكثيراً ما ينسى أغراضه وأدواته المدرسية من كتاب، ومحفظة وغيرها، ولاينتبه للسيارات حين يعبر الشارع. وتلك طالبة تجلس ساعات طويلة في استخدام الإنترنت حتى ساعة متأخرة من الليل، لدرجة أنها تنام في المدرسة، ولا تقوم بواجباتها المدرسية. وهذا فتى في مقتبل العمر، لديه جوال، وهو مدمن عليه لدرجة انه لا يستطيع أن يبتعد عنه أو يغلقه، ويشعر بقلق شديد حين يبتعد عنه إنه يعاني من الخوف المرضي من فقدان الجوال monophobia. وذلك طالب في المدرسة الثانوية، على الرغم من حصوله على درجات عالية في اختبارات التحصيل المدرسية في مختلف المقررات، إلا أنه يعاني من تقلصات، وحركات لاإرادية في الوجه، أو في اليدين وخاصة حين يقترب موعد الامتحان. وتلك شابة في مقتبل حياتها الزوجية تعمل في أحد مصارف المدينة التي تسكن فيها، وقد تعرضت إلى حدث ضاغط سبب لها صدمة نفسية حين رأت – في أحد الأيام وأثناء عودتها من العمل مبكراً – ، زوجها في علاقة جنسية مع أخرى، مما أدى إلى فقدان البصر لديها، إنها تعاني من فقدان بصر هيستيري حيث تحولت الحالة النفسية التي لا ترغب في رؤيتها إلى حالة خلل عضوي في جهاز البصر. وهذا فتى ألقت الشرطة القبض عليه بسبب تكرار قيامه بالسرقة على الرغم من عدم حاجته للأشياء التي يسرقها، ومستواه الاقتصادي الجيد. وذلك رجل ذهب من منزل أسرته منذ عدة أيام ولم يعود، ثم تم الإبلاغ عن وجوده في مدينة أخرى، رغم عدم وعيه لسبب ذهابه وتركه المدينة التي يقطن فيها. وذاك شاب يؤدي الخدمة العسكرية، وقد تمت إحالته إلى المستشفى بسبب تكرار النوبات التي يمر بها والتي تزاد كلما اقترب موعد التدريب أو القيام بمهمة عسكرية. وتلك سيدة تشعر بالتعب والإعياء الشديد منذ الصباح

وحين استيقاظها ونهوضها من الفراش رغم عدم البدء بواجباتها المنزلية بعد. وتلك سيدة تهجر بيتها منذ الصباح مهملة أولادها الذين لا تستطيع رؤيتهم وتعبر عن كره شديد لهم. وذلك رجل في الخمسين من عمره، يبدأ يومه، منذ الصباح، بتناول الكحول، أو المخدرات التي يستمر في تناولها معظم أوقاته لدرجة أنه قد تكرر غيابه عن عمله، وهدد بفصله منه.

إن نظرة عاملة إلى هذه المشكلات والاضطرابات النفسية تبين لنا عدة نقاط: أولها، أن الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية لا تقتصر على عمر معين، بل تشمل جميع المراحل العمرية (الطفولة، المراهقة، الشباب، الرشد، الشيخوخة)، والثانية، أنها لا تقتصر على نوع أو جنس معين (بل تشمل الذكور والإناث)، والثالثة، أنها لا تقتصر على طبقة اجتماعية اقتصادية معينة (بل تحدث في جميع الطبقات)، والرابعة أنها لا تقتصر على مستوى تعليمي ثقافي معين (بل تحدث عند الأميين، والطلاب، مثلما تحدث عند الحاصلين على الشهادة الجامعية الأولى، وعلى حاملي شهادة الدراسات العليا)، والخامسة، أنها لا ترتبط بمهنة من المهن (بل تحدث لدى الطلاب في المدرسة، كما تحدث لدى العمال أو الموظفين في المؤسسات الإنتاجية، والإدارية، والخدمية، والمصرفية، والعسكرية ..الخ). والنقطة السادسة والأخيرة، هي أن هذه المشكلات والاضطرابات النفسية ليست من مستوى واحد من حيث خطورتها أو شدتها. من هنا تتنوع الاضطرابات النفسية فبينها ما هو بسيط، وبينها ما هو متوسط، ومنها ما هو شديد. كما أن بينها ما هو مزمن chronic، ومنها ما هو حاد acute. بينها ما يجعل صاحبه منعزلاً يعيش في عالمه الخاص، ويفقد صلته بالواقع، ويضعف عمله وإنتاجه، وبينها من تبقى صلته بالواقع وبالآخرين جيدة ومثمرة، إلا أنه يعاني ضيق وقلق مما يسيطر عليه من سلوك لا يرضى عنه، ولا يستحسنه الآخرون .

لا تقتصر تلك الحوادث و الاضطرابات النفسية على المجتمعات المتحضرة، بل تحدث في كل مجتمع، وتصيب مختلف الطبقات والفئات الاجتماعية. من جهة ثانية، لا يرجع ازدياد نسبة الاضطرابات النفسية في بلد وينخفض في آخر إلا لانعدام الوعي بالصحة النفسية في البلد الأول وحداثته بالبلد الثاني، كما يرجع

إلى أساليب التربية والتنشئة الاجتماعية. ويعود اختلاف نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية من مجتمع لآخر، إلى اختلاف المعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية باعتبارها محك مهم في تحديد أشكال السوي والسلوك الشاذ، والذي يختلف من مجتمع إلى آخر. من جهة ثالثة، لم يعف التقدم العلمي والتقني الهائل الإنسان من التعرض للمشكلات المعقدة والاضطرابات النفسية، بل ترافق هذا التقدم مع زيادة في المشكلات، مما دفعه لطرح العديد من التساؤلات المتعلقة بالوجود، ومعنى الحياة، والعلاقة بين التقدم العلمي والتقني من جهة، والتقدم الأخلاقي والروحي من جهة ثانية. ومن جهة رابعة فإن المدرسة بجميع مراحلها، تبقى عاجزة، لأنها بمفردها غير قادرة على تكوين شخصية الفرد السوية من جميع جوانبها الجسمية، والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية، والأخلاقية، بل إنها كثيراً ما تقف عاجزة إزاء التناقض الواضح بين قيم المجتمع المعلنة، وممارسة السلوكيات الشاذة، أو بين المنهاج المعلن، والمنهاج الخفي.

إن هذه الأمثلة البسيطة عن انتشار الاضطرابات النفسية وتنوعها، وعلاقتها بالسياق الاجتماعي للإنسان المعاصر، تحتم علينا مواجهتها ومعالجتها بطريقة منظمة، ووفق أساليب منهجية علمية بما يساعد في رفع مستوى الصحة النفسية للفرد، وبالتالي جعله عضواً فاعلاً ومتكيفاً في مجتمعه. من هنا تبدو الحاجة الماسة للعناية بالمضطربين نفسياً، والحاجة إلى الخدمات النفسية وخاصة العلاج النفسي.

## ثالثاً: الحاجة إلى علم النفس العلاجي ورعاية المضطربين نفسياً:

إذا كان الفرد العادي يعاني بعض المشكلات النفسية أو السلوكية في حياته اليومية، والتي قد لاتصل إلى درجة الاضطراب النفسي (العصاب) أو المرض العقلي (الذهان)، إلا أن الاهتمام بهذه المشكلات والعمل على مواجهتها بطلب الاستشارة النفسية، إجراء ضروري، قبل أن تستفحل وتتجه نحو مزيد من التعقيد والتحول إلى مرض نفسي. والكثير من الناس يدركون في وقت من الأوقات أن سلوكهم، أو سلوك أبنائهم ليس كما يودون أن يكون، وأن سلوكهم مضطرب أو

يخرج عن نطاق السلوك السوي والطبيعي بما يعوق حياتهم العادية ويؤثر في حياتهم الاجتماعية. إن علاج المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية يحتاج إلى دراسة متخصصة للتعرف على الحالة من خلال تقييم يتضمن جمع بيانات تحدد طبيعة الاضطراب وعوامله، ومن ثم رسم خطة المعالجة. وهذا يتطلب من الفرد المواجهة، وعدم التهرب، وبالتالي السعي في طلب المساعدة. من هنا تظهر الحاجة إلى العلاج النفسي، والعناية بالمضطربين نفسياً . ويمكن النظر إلى هذه الحاجة من زوايا متعددة:

الأولى: تتعلق بالفرد وحياته الشخصية. تظهر الحاجة للعلاج النفسي من خلال حياة الشخص وما يجب أن يكون عليه سلوكه ليكون سعيداً، متكيفاً وفاعلاً. فالشخصية السوية هي التي يصدر عنها سلوكيات طبيعية، ومقبولة اجتماعياً، وبعيدة عن الصعوبات بما يحقق لها الطمأنينة النفسية والكفاية الذاتية، وحين ينحرف هذا السلوك في جانب أو أكثر من جوانب الشخصية (جسمياً، أو حركياً، أو انفعالياً، أو عقلياً، أو اجتماعياً، أو اخلاقياً)، فإن حياة هذا الشخص ستكون موضوع عناية متخصصة وعلاج نفسي يقدم من معالج متخصص ومؤهل، لتقديم المساعدة، حتى يتم التغلب على معاناته وشكواه، والألم النفسي المرافق لاضطرابه.

الثانية: تتعلق بالجماعة والمجتمع. أن الشخص يعيش ضمن جماعة، ويكون علاقات اجتماعية مع آخرين في بيئته: الأسرة التي ينتمي إليها ويعيش معها، والزملاء أو الأقران الذين يكون معهم علاقات اجتماعية في المدرسة أو العمل أو الحي، وبالتالي من حق المجتمع أن يكون سليماً يتعاون أفراده ويكون بعيداً عن الأذى أو الضرر الذي يأتيه من أحد أعضائه. فالعدواني في سلوكه، يؤذي الآخرين، مثلما يؤذي نفسه، والمجرم يشكل خطراً على المجتمع، والمختل عقلياً يؤثر في سلامة مجتمعه وتماسك هذا المجتمع، والمدمن، والجانح، كل هؤلاء، يشكل سلوكهم خطراً على حياة الأفراد والمؤسسات، والممتلكات في المجتمع، لذلك على المجتمع أن يسعى لتوفير الرعاية النفسية والعلاج النفسي لأعضائه بما يحقق لهم الأمن النفسي، والطمأنينة، والتكيف السوي.

الثالثة: تتعلق بالإنتاج في حياة الفرد والمجتمع. فالفرد الناضج عضواً فاعلاً في مجتمعه، من خلال العمل والإنتاج الذي يقدمه والذي يلبي احتياجاته واحتياجات الآخرين. وحين يتعرض الفرد لاضطراب نفسي، فإن الأذى سيلحق بهذا الإنتاج، ويكثر الخطأ فيه، أو التغيب عن العمل، وكثيراً مايؤثر ذلك في أطراف أخرى حين يكون هناك تكاملاً في أشكال العمل والإنتاج.

الرابعة: تتعلق بالإنفاق. فالأذى والضرر الذي يلحق بالمجتمع وممتلكاته من تصرفات المضطرب وسلوكه، قد تكون بالغة التكاليف والنفقات. فالتخريب الذي يحدثه العدواني، أو الجانح، أو المجرم، أو الحريق الذي يحدثه المتخلف عقلياً، قد نفقاته كبيرة، لذلك فإن علاج المضطربين نفسياً يوفر الكثير من الأموال والنفقات التي يمكن أن تصرف في مجالات تنمية المجتمع. من جهة أخرى فإن العلاج النفسي للمضطربين نفسياً فيه الكثير من التوفير في النفقات خاصة قبل أن يتطور الاضطراب ويتعقد. فما نحتاجه نفقات في برامج الوقاية، والدعم النفسي أقل بكثير مما نحتاجه في برامج العلاج وخاصة الطويل الأمد كما هو الحال في الأمراض العقلية (كالذهانات). من هنا يتم التركيز في الحاجة إلى العلاج النفسي من زواياها الأربع، على الديمومة: الماضي، والحاضر، والمستقبل (الرفاعي، 1986). وكلما كان توفير خدمات العلاج النفسي أبكر كلما كان ذلك أفضل للفرد والمجتمع، وكلما كان عمل المعالج النفسي دقيقاً في تقييمه للحالة، ولمستوى خطورتها أو تعقدها من خلال التنبؤ بمآل الاضطراب prognosis، كلما ساعده ذلك في رسم خطة علاجية مناسبة وفعالة (Corey,2007).

إن مفتاح الصحة النفسية والعلاج النفسي هو أن يواجه الفرد نفسه بصراحة، ويعرف مشكلاته، بحيث يحددها ويدرسها حتى يسيطر عليها قبل أن تتحول إلى اضطرابات نفسية تسيطر عليه، ويصدق هذا بشكل خاص في حياتنا المعاصرة التي تتسم بالتنافس والضغوط النفسية التي تترك آثارها الشديدة على الشخصية، مما يتوجب توفير أساليب العلاج النفسي، وتدريب الشخص على امتلاك مهارات التعامل والمواجهة coping skills.(العيسوي، 1984).

لقد ورد في الدليل العملي لطالب العلاج النفسي أو الاستشارة النفسية الصادر عن النقابة الوطنية للممارسة العلاج النفسي في فرنسا، "مبررات العلاج النفسي" كما يلي:

1. إذا كنت تشعر بإزعاج وضيق وعدم راحة ذاتية.
2. إذا كنت تعاني من صعوبات نفسية.
3. إذا كنت قلقاً أو منهاراً.
4. إذا كنت تعاني من مشكلات زوجية تبدو لك غير قابلة للحل.
5. إذا كنت تشكو من أنواع من المشكلات في العلاقة الجنسية أو الوجودية.
6. إذا كنت تتميز بحشرية المعرفة لجوانب الشخصية اللاواعية من بنائك النفسي.
7. إذا كنت تريد أن تتحرر من سلبياتك.
8. إذا كنت تريد أن توظف كل طاقاتك الإنسانية العامة.

فإن عليك أن تفكر باعتماد العلاج النفسي أو الاستشارة النفسية.

التغيرات التي ساهمت في الحاجة إلى علم النفس العيادي أو العلاجي خاصة، والخدمات النفسية عامة:

شهد العصر الحالي والذي يسميه البعض عصر الثورة الصناعية أو العلم والتكنولوجيا تغيرات سريعة ومتلاحقة شملت مختلف جوانب حياة الفرد أسرياً وتربوياً واجتماعياً، ومهنياً، وتكنولوجياً تستوجب ضرورة الحاجة إلى الإرشاد والعلاج النفسي واستخدامه في المؤسسات الاجتماعية: كالأسرة والمدرسة، وفي المؤسسات الإنتاجية، بل وفي المجتمع عامة. ويمكن تلخيص العوامل التي تؤكد على ضرورة وأهمية الحاجة إلى العلاج النفسي والخدمات النفسية بعامة في عصرنا الحاضر ما يلي:

1) الفترات الانتقالية:

إن كل واحد منا قد مر عبر مراحل عمره المختلفة بفترات وأزمات اعترضت طريق نموه الطبيعي، احتاج فيها مساعدة ومد يد العون له من أجل التغلب على اجتياز ما اعترضه ويعترضه من مشكلات نفسية، أو شخصية، أو اجتماعية. وإن انتقالنا من محيط الأسرة الى محيط المدرسة، وما يتبعها من انتقال من مرحلة عمرية في الطفولة أو المراهقة الى مرحلة عمرية تالية، وما يصاحب هذا الانتقال من تغيرات: جسمية، وعقلية، واجتماعية، وانفعالية، وحالات قلق، وتوتر وصراع، وإحباط، يحتم بالضرورة إلى وجود من يقدم المساعدة المتخصصة، ليؤكد بالتالي على ضرورة العمل العلاجي والإرشادي المتمثل في تزويد الفرد بالمعارف والمعلومات وإكسابه مهارات اجتماعية جديدة تساعده على بناء علاقات ناجحة مع الآخرين، وتحقيق مستويات أفضل من التوافق النفسي مع محيطه الذي يعيش فيه.

2) التغيرات التي طرأت على الأسرة:

لا شك بأن التغيرات التي تطرأ على الأسرة مع التقدم في العمر، تعد من العوامل ذات الأهمية البالغة التي تزيد من حاجة الأفراد والجماعات للخدمات النفسية والعلاج النفسي. خاصة وأن الأسرة تمثل الخلية الاجتماعية الأولى التي يولد الطفل في محيطه وينمو من خلالها، وينتقل من مرحلة عمرية الى مرحلة عمرية أخرى. ويتعلم في كل مرحلة منها القيم والاتجاهات والدور الجنسي ويكون اتجاهاته نحو ذاته ونحو الآخرين. وفي كل مرحلة انتقالية من تلك المراحل يظهر العديد من المشكلات الأسرية مثل مشكلات التعليم، والسكن، والزواج، وانتشار ظاهرة العنوسة لسبب أو لآخر، إضافة إلى ما قد ينتاب الأسرة ذاتها من ضعف في العلاقات الاجتماعية مع المحيط، مما يجعل توفير الخدمات النفسية والعلاج، ضرورة حتمية لمن يعاني من واحدة أو أكثر من التغيرات التي تطرأ على محيطه الأسري.

3) التغيرات في المجال الاجتماعي:

شهدت المجتمعات المختلفة في العالم تغيرات سريعة نتيجة التطور الحضاري والثقافي الكبير الذي أحدث أثره الفاعل فيها. ويتغير المجتمع يتغير أفراده مسايرة لهذا التغير وتوافقاً مع متطلباته. فتغيرت أنماط السلوك لدى الأفراد في المجتمع، كما تغيرت ثقافاتهم وعاداتهم، مما أحدث آثاراً سلبية بين الأجيال واختلافاً في القيم التي يحملها كل واحد من أفراد المجتمع فانتشرت كثير من الظواهر الاجتماعية السلبية كالرشوة، والمحسوبية، وتقليد أعمى في الملبس، والمظهر، وارتفاع في مستويات الطموح لدى الأفراد وتفشي مفاهيم وقيم سلبية بين الأفراد. مما جعل من عملية العلاج النفسي ضرورة ملحة من أجل المساعدة في توجيه السلوك ومعالجة الاضطرابات النفسية الناتجة عن ذلك.

4) التغيرات في مجال التعليم:

شهد التعليم تطور كمياً ونوعياً ملحوظاً في مناهجه، وأهدافه، وأساليبه وطرقه، وفي شتى مجالات الحياة الإنسانية للفرد، بحيث أصبح الإنسان محور العملية التعليمية التعلمية وأصبح بإمكانه أن يختار ما يتماشى مع ميوله، وقدراته، ليحقق بذلك دوره الفعال في العملية التعليمية التعلمية. كما أصبح للمؤسسة التعليمية دوراً كبيراً في تشكيل سلوكيات وقيم الأفراد المنتسبين إليها، وأصبحت تلك المؤسسات مجالاً خصباً لإشباع حاجات الفرد النفسية والاجتماعية. كل ذلك زاد من حاجة الأفراد لخدمات العلاج النفسي.

5) التغيرات التي طرأت على العمل:

فقد ترتب على تغير أساليب الإنتاج ووسائله واستخدام الثورة المعرفية والصناعية في مجال العمل وتسخيرها وتوظيفها في مجال الإنتاج ظهور أنواع جديدة من العمل والمهن وزاد التنوع في التخصصات التي يمكن للشخص أن يتدرب عليها. وبالمقابل اختفت مهن تقليدية قديمة، ودخلت المكننة الصناعية لتحل محل

الأيـدي العاملـة اليدويـة، فارتفعـت بـذلـك نسـبة البطالـة، وظهـرت حـالات القلـق والتوتر بين الأفراد خوفا مـن تضاؤل فـرص العمـل لهـم ولأبنـائهم في المستقبل، ممـا جعل من عملية الإرشاد والعلاج النفسي ضرورة ملحة (عبدالله، 2012).

6) التقدم التكنولوجي والعلمي:

كما ترى فإن التقدم العلمي والتكنولوجي الهائل والثورة المعرفية الكبيرة وظهـور العديـد مـن المخترعـات الجديـدة، والحاسبات الالكترونيـة، والثـورة الهائلـة في وسـائل الاتصـالات السـمعية والبصـرية، قـد فـرض وجودهـا علـى أفكـار النـاس واتجاهـاتهم فـأدت إلى حـدوث تغير كـبير في القـيم والاتجاهـات والأفكـار وأسـاليب الحياة مـن مجتمـع إلى مجتمـع آخر. وأصبح المواطن العـادي مضـطراً لمواكبـة هـذا التطور والتعامل معه كأمر واقع، فنتج عن ذلك أن الكثير من النـاس قـد فشـلوا في اكتسـاب مهـارات وأسـاليب حيـاة تجـاري هـذا التطـور، فظهـرت الكـثير مـن حـالات القلق، والصراع، واليأس، والاغتراب، والاكتئاب مما جعل من عملية العلاج النفسي ضرورة ملحة لمساعدة هؤلاء الأفراد وإعانتهم على التوافق مـع الواقـع الجديـد الـذي فرضه عليهم التقدم العلمي والتكنولوجي الكبير، ومـن أبـرز المشكلات والاضـطرابات الـتي نتجـت عـن هـذا التطـور في الآونـة الأخـيرة: الإدمـان علـى الإنترنـت Internet Addiction، وإسـاءة اسـتعمال الجـوال Mobile Abuse، والخـوف المرضي من فقدان الجوال أو فوبيا الجوال monophobia .

## رابعاً: معنى العلاج النفسي (علم النفس العيادي):

حين يعاني الفرد من مرض جسمي ما فإنه يذهب إلى الطبيب الذي يقدم له المعالجة المناسبة، وحين ننظر إلى عمل هذا الطبيب نلاحظ أنه يقوم بعدد من الإجراءات منها: جمع المعلومات عن المريض وعن حالته الصحية، والتعرف على الأعراض التي تظهر لديه مستعملاً أساليب وأدوات متعددة مثل السؤال، والملاحظة، والفحوص الطبية كالتحاليل: دم، بول، غدد ...ليقوم بعملية التشخيص التي يحدد

من خلالها نوع المرض، ثم يصف العلاج المناسب، كما يقدم بعض الإرشادات المتعلقة باستعمال الدواء وبنمط حياة الشخص وسلوكياته اليومية التي تحافظ على صحته، كما يطلب منه المراجعة لتتبع حالته. فالطب medicine هو "علم وفن تشخيص المرض وعلاجه، والمحافظة على الصحة"، كما يعرف بأنه "معالجة المرض بوسائل غير جراحية" أو "علاج الجسم والنفس"، ومصطلح "طبه أو طببه" تعني داواه، وعالجه، وكلمة طب medicine بالإنكليزية تعني الطب، وعلم الطب، كما تعني الدواء.

حين نطبق هذا المنحى في فهمنا لعلم النفس العيادي أو العلاج النفسي نرى أن هناك شخص قدم إلى العيادة طالباً المعالجة، وهو يعاني من اضطراب ما في سلوكه أو شخصيته، ويعاني القلق والضيق من ذلك، ويقوم المعالج النفسي بجمع معلومات عن هذا الشخص من خلال تكوين علاقة إنسانية معه ليتعرف على الأعراض التي تظهر لديه مستعملاً أساليب وأدوات متعددة منها: السؤال، والملاحظة أثناء التواصل، والاختبارات والمقاييس النفسية، ودراسة الحالة... بغية تشخيص الاضطراب وتحديد نوعه، ثم يطبق عليه طرائق العلاج النفسي المناسبة لتعديل سلوكه والتخلص من هذه الأعراض، كما يقدم له إرشادات ونصائح تساعده في تجاوز اضطرابه، ويطلب منه المراجعة لتتبع حالته (Austad,2009، غانم، 2008). وحين نتفحص هذه الإجراءات نلاحظ أن العلاج النفسي كالعلاج الطبي ينطوي على إجراءات متشابهة هي:

- تكوين علاقة إنسانية بين المعالج (الطبيب) والمتعالج (المريض).
- جمع معلومات عن المتعالج (المريض) للتعرف على نوع الأعراض بهدف تشخيص المرض أو الاضطراب (تحديد اسمه، ونوعه وشدته).
- استخدام وسائل وأدوات مناسبة لجمع المعلومات (في الطب: تحاليل، حرارة، فحص بول، دم، غدد ..الخ)، وفي العلاج النفسي : (ملاحظة، ومقابلة، ومقاييس نفسية، ودراسة حالة..الخ).
- تطبيق المعالجة وتقديم إرشادات.

- مراجعة وتتبع لحالة المتعالج أو المضطرب.

فإذا كانت الخطوات والإجراءات واحدة في العلاج الطبي والعلاج النفسي، فإن الاختلاف هو في الأساليب المستخدمة في جمع المعلومات ونوع العلاج. ففي حين تكون الأساليب في الطب هي طبية وفيزيقية مثل: تحليل البول والدم، والصور الشعاعية، وإفراز الغدد وغيرها، فإنها في العلاج النفسي أساليب سلوكية ونفسية مثل: الملاحظة والمقابلة، ودراسة الحالة، والمقاييس،،، هذا من جهة، ومن جهة ثانية فإن المعالجة الطبية تكون مركبات صيدلانية، ووصفة طبية بينما في العلاج النفسي تكون معالجة سلوكية، ونفسية، ومعرفية يلعب التخاطب دوراً مهماً فيها. من هنا يشير قاموس المحيط والمنجد إلى أمرين في فعل " عالج" حيث يقول: عالج الأمر علاجاً ومعالجة بمعنى زاوله ومارسه، وعالج المريض بمعنى داواه. وفي العلاج النفسي ممارسة، وفيه كذلك " مداواة" من نوع خاص تدخل في معنى " المعالجة وتقديم الرعاية".

**توجد ثلاثة مفاهيم ودلالات تتعلق بالعلاج النفسي هي:**

الأولى: وجود ميدان مستقل من ميادين علم النفس يسمى علم النفس العلاجي Clinical Psychology أو علم النفس الإكلينيكي أو السريري. وفي حالات كثيرة نطلق عليه اختصاراً "العلاج النفسي"، "Psychotherapy" شأننا في ذلك شأننا حين نتحدث عن عدد من العلوم بينها: الطب، وعلم الطب، الفيزياء وعلم الفيزياء، والعلاج النفسي وعلم النفس العلاجي أو علم العلاج النفسي.

الثانية: موضوع علم النفس العلاجي أو الإكلينيكي أو علم العلاج النفسي، حيث يختص هذا الميدان بموضوعات معينة ويمارسها كبحث وكمهنة، ويدخل فيه عدد من الموضوعات والإجراءات منها: الإحالة، التقييم والتشخيص النفسي، أساليب جمع المعلومات، أشكال الاضطرابات النفسية، المقابلة التشخيصية والعلاجية وخطواتها، استخدام المقاييس النفسية ودراسة الحالة.

الثالثة: الأساليب وطرائق العلاج التي يطبقها المعالج النفسي في مواجهة الاضطرابات النفسية. وكأن علم العلاج النفسي هنا سمي باسم الغرض الرئيسي الذي يسعى إليه، والدلالة هنا شبيهة بما نعنيه حين نقول عن الطبيب إنه يداوي، وتكون كلمة medicine دالة على الدواء كما تدل على علم الطب. (الرفاعي، 1982).

طبيعة علم النفس العيادي كمهنة: لقد عرفت الجمعية الوطنية الفرنسية للعلاج النفسي، العلاج النفسي بأنه:

" مهنة في القطاع الصحي ولكنها مهنة غير طبية تؤمن الرعاية والخدمات النفسية للأفراد. هذه الخدمة موجهة لكل شخص يشعر بالحاجة لها وبخاصة في مجال الصعوبات النفسية التبادلية (العلاقات التفاعلية) والنفسية – الجسمية (السيكوسوماتية)، والسلوكية. إلا أن العلاج النفسي وحده غير فاعل ولايكفي في علاج الاضطرابات الذهنية الخطيرة، أو لعلاج حالات الإدمان والاعتماد على المواد المخدرة والكحول. وإنما يأتي العلاج النفسي كعنصر مساعد ومكمل للعلاج الطبي والعلاج الاجتماعي. والعلاج غالباً مايمارس في إطار مؤسسات خاصة ومتخصصة. والمعالج النفسي يقترح مساراً أو مساقاً شخصياً يهدف إلى تعميق المعرفة بالذات عند المريض أو طالب الاستشارة وإلى تفكيك المشكلات التي تؤدي إلى الإدمان والاعتماد عليها، وإلى إعادة إطلاق عمليات النمو. والعلاج النفسي يستهدف بشكل خاص الجوانب الخفية وغير المعروفة من الذات، وتبعاً للطرائق ولمراحل العلاج، فإن التركيز يتم على الشفاء من الأعراض وتعديل السلوك، او حل المشكلات الخفية وغير الظاهرة أو على تطور الأفراد ونموهم، أو على اكتشاف حقيقة الأفراد، أو على قبول الواقع الراهن للذات بهدوء وسلامة. والعلاج النفسي يعتمد على الالتزام والتوافق مابين المعالج والمتعالج ".(Timothy,2005).

**يظهر من هذا التعريف عدة نقاط مهمة تحدد طبيعة العلاج النفسي:**

- أن العلاج النفسي مهنة من مهن الخدمات النفسية والاجتماعية، وليست طبية بالأساس، وهي مانسميها مهن المساعدة النفسية التي تضم: التوجيه، والإرشاد النفسي، والعلاج النفسي، والطب النفسي، والخدمة الاجتماعية، والتمريض النفسي .
- أن العلاج النفسي يصلح للصعوبات النفسية التي تشمل العلاقات الاجتماعية، والمشكلات العضوية نفسية المنشأ، والمشكلات السلوكية ويدخل فيها اضطرابات القلق من مخاوف ووساوس، واكتئاب.
- إن العلاج النفسي لايصلح بمفرده لمعالجة حالات شديدة مثل: الذهان، الإدمان. بل يكون دوره مسانداً وداعماً لكل من العلاج الطبي، والعلاج الاجتماعي.
- يركز العلاج النفسي على كشف الدوافع الخفية واللاشعورية في شخصية المتعالج، ومساعدته في تعديل سلوكه، وتخفيف أعراضه، بما يحقق له النمو والتكيف.
- يجب على الطرفين في العلاقة العلاجية (المعالج والمتعالج) الالتزام وتحقيق التوافق بينهما .
- وحددت الجمعية في سياق آخر مدة العلاج بأنه: متغير، وقد يتراوح بين عشرة أسابيع إلى عدة سنوات، وأن طول مدة الجلسة هي من ثلاثة أرباع الساعة إلى الساعة بشكل عام. وبعض التقنيات العلاجية يصل فيها عدد الجلسات إلى 3 بالأسبوع، أو جلسة كل أسبوعين، وأحياناً واحدة في الشهر.
- أما عن تكلفة العلاج النفسي فهو يتغير من تقنية علاجية إلى أخرى، ومن معالج إلى آخر، حيث تلعب عوامل المستوى العلمي والمهني للمعالج، وسمعته، ومكان عيادته، وطريقة استقباله للمرضى دوراً في ذلك. والسعر الإجمالي المعتمد للجلسة يتراوح بين 50– 100 دولار على الجلسة الفردية لمدة ساعة (وفق النقابة الوطنية الفرنسية للعلاج النفسي، عام 2005). وأن الجلسات السريعة أو المختصرة فهي أقل كلفة.

والسؤال الذي تطرحه النقابة هو: لماذا يتوجب على المتعالج دفع ثمن الجلسة؟ لأن دفع ثمن العلاج من الجهد الخاص للمتعالج له وظيفة هامة في المعالجة بحيث يسهم في الالتزام والمسؤولية عند المتعالجين بما ينقله من وضعية الطفل الذي يطلب المساعدة إلى الراشد الذي يملك زمام أمره.

لقد ورد في شروط ومواصفات ممارسة العلاج النفسي كما حددتها الجمعية اللبنانية بالتوافق مع مواصفات الجمعية الأوروبية للعلاج النفسي European Association of Psychotherapy (EAP)، والمجلس العالمي للعلاج النفسي (WCP) – فيينا (النمسا)، أن العلاج النفسي هو:

1) مهنة صحية (الصحة النفسية MentalHealth) تعالج بشكل متخصص ومبتكر الأشخاص الذين يعانون من صعوبات نفسية، وسيكوسوماتية (جسمية نفسية)، وانفعالية، وسلوكية.
2) إن للعلاج النفسي دوراً وقائياً preventive يحصن ويدعم مقاومة الفرد في مواجهة الضغوط النفسية والقلق، ويساعد في مكافحة اضطرابات الاعتماد dependence والإدمان،،، وسواها.
3) للعلاج النفسي دوراً علاجياً remedial or treatment بواسطة تقنية الاستماع أو الإصغاء وسائر التقنيات العلاجية النفسية المعتمدة عالمياً. والمعالج النفسي يساعد الفرد الذي يعيش أزمة على توضيح وتعيين مصدر آلامه ومعاناته، ودلالات هذه المعاناة، ويعمل على استعادة صحته وحيويته.
4) للعلاج النفسي دوراً دينامياً تكيفياً داعماً أو نمائياً adaptiveanddevelopmental حيث يساعد في تنمية الفرد وتطوره لدعم اندماجه في مجتمعه عن طريق استعادة التوازن الفردي البنيوي السلوكي.

وعليه فإن العلاج النفسي هو من المهن الأساسية التي تدخل في باب الصحة health إجمالاً، والصحة النفسية mental health على وجه الخصوص". (مكي، 2007).

## خامساً: تعريف المصطلحات الأساسية:

العـلاج النفسي Psychotherapy وعلم النفس الإكلينيكي Clinical psychology:

إن الكلمة اللاتينية النفس Psyche تعني الروح، والعلاج therapy من الأصل اللاتيني therapeutics وتعني تلقي الرعاية والاهتمام. وبالتالي فالعلاج النفسي psychotherapy هو نشاط يهدف إلى تقديم الرعاية الروحية أو النفسية للآخر (Kleinke,1994). فالعلاج النفسي هو علم العلاج النفسي باعتباره ميدان من ميادين علم النفس يشمل مايبحثه هذا العلم، وما ينطوي عليه من إجراءات باعتباره ميدان تخصص وممارسة مهنية، حيث يعتني بالمضطرب نفسياً الذي يأتي إلى العيادة أو المستشفى طلباً لتلقي العلاج. من جهة ثانية فإن مصطلح Clinical في علم النفس العلاجي أو الإكلينيكي ClinicalPsychology مستمد من كلمة لاتينية هي Clinikos وتعني (بجانب السرير) والتي تعني كل مايتصل بملاحظة المضطرب ومعالجته مما يدل على الممارسة والتطبيق ،، وحين يستعمل مصطلح " سريري" في الطب، فإنه يشير إلى الملاحظة والمعالجة الواقعتين للمرضى، إنها تدل على الممارسة أو الجانب التطبيقي لمهنة الطب، تمييزاً لها عن العلوم الأساسية أو النظرية. من هنا يستعمل بعض علماء النفس اسم " علم النفس السريري – نسبة إلى السرير في العيادة، أو " علم النفس العيادي – نسبة إلى العيادة النفسية "، للإشارة إلى علم النفس العلاجي، بما يدل على الملاحظة والممارسة الواقعية في معالجة المضطربين نفسياً. إلا أن علم النفس العلاجي أو الإكلينيكي كميدان مستقل من ميادين علم النفس التطبيقية يشتمل على موضوعات نظرية وأخرى تطبيقية. ومن هذه الموضوعات: الاختصاصي الإكلينيكي وإعداده، ودراسة

الشخصية وتقييمها وقياسها، أساليب جمع المعلومات من مقابلة، ودراسة حالة، والتشخيص، والإحالة، وكتابة التقرير النفسي، ودراسة الاضطرابات النفسية، وتقنيات العلاج النفسي بأشكالها المختلفة كالتحليلية والسلوكية، والمعرفية، والإنسانية، والانتقائية (Austad,2007) وتطبيق هذه الأساليب والتقنيات على المرضى النفسيين.

العلاج النفسي Psychotherapy والمعالجة النفسية psychological Treatment:

من الصعب أن نضع تعريفاً محدداً للعلاج النفسي " و المعالجة النفسية " ينطبق على جميع اتجاهاته وطرائقه. خاصة وأنه توجد الآن حوالي 400 إستراتيجية وطريقة علاجية (Garfield,1998). فميدان العلاج النفسي متعدد الأبعاد، ومع ذلك يوجد تعريف عام يتفق عليه معظم المتخصصين في العلوم النفسية، هو التالي:

"العلاج النفسي علاقة إنسانية بين أشخاص، في الطرف الأول الشخص (الأشخاص) الذي يحتاج لمساعدة ورعاية متخصصة من أجل تحسين أدائه وسلوكه الوظيفي كشخص، وفي الطرف الثاني الشخص (الأشخاص) القادرين على تقديم هذه المساعدة المتخصصة والمؤهلين لتقديمها. نسمي الشخص الذي يتلقى المساعدة النفسية أو العلاج باسم المتعالج أو العميل Client، ونسمي المتخصص الذي يقدم هذه المساعدة والمعالجة باسم المعالج therapist أو عالم النفس الإكلينيكي Clinical Psychologist.

تعرف المعالجة النفسية psychological Treatment أو التدخل العلاجي Psychological Intervention على أنها وسيلة لإحداث تغيير في سلوك الفرد وأفكاره ومشاعره. وبالرغم من انطباق هذا القول على العديد من الاستراتيجيات الإعلامية والتربوية والاجتماعية، إلا أن المعالجة النفسية تتم في

إطار علاقة مهنية متخصصة، يسعى إليها العميل المتعالج أو من يقوم على رعايته. وقد يخضع الفرد للمعالجة من أجل حل مشكلات معينة، أو لتطوير قدرات الفرد في التعامل مع عجز أو ضعف في ناحية من نواحي سلوكه او مشاعره او افكاره (المنهج العلاجي Treatment)، او حتى لمنع حدوث مشكلة متوقعة بدلاً من معالجة مشكلة راهنة (المنهج الوقائي Prevention). وفي بعض الحالات لايكون التركيز متجهاً نحو العلاج أو الوقاية بقدر توجهه نحو دعم قدرة الفرد على الاستمتاع بحياته أو تحقيق إمكاناته الكامنة (المنهج الداعم أو النمائي Constructive or Developmental).

وقد ظهرت تعريفات كثيرة للعلاج النفسي وكثيراً ما استخدم مصطلحا: التدخل العلاجي Psychological Intervention والعلاج النفسي Psychotherapy بشكل متبادل، كما نستخدم مصطلح المعالجة النفسية حين نتحدث عن عملية العلاج النفسي.

يعرف وولبرغ (Wolberg,1976) العلاج النفسي بأنه: "نوع من معالجة المشكلات ذات الطبيعة العاطفية والانفعالية، يقوم فيها شخص مدرب ببناء علاقة مهنية مدروسة مع مريض ما، وذلك بهدف إزالة أو تعديل أو تقليل الأعراض المتواجدة لديه والحد منها، أو التدخل في الأنماط المضطربة من سلوكه، أو تعزيز النمو والتطور الايجابي في شخصيته".

يتضمن تعريف وولبرغ مصطلحات هي "الأعراض symptoms" و"المعالجة Treatment" و "المريض patient" وهي مصطلحات تؤكد الطابع الطبي في التعريف، رغم وجود تعريفات أخرى كثيرة مثله تتبنى الاتجاه الطبي في تعريف العلاج النفسي. حيث يعريف روتر (Rotter,1971) للعلاج النفسي بأنه "نشاط مخطط له من قبل معالج نفسي هدفه تحقيق تغيير ما لدى الشخص، بحيث تصبح توقعاته المتعلقة بتكيفه مع الحياة بناءة وأكثر فعالية وسعادة" ويفضل فرانك (Frank,1982) هذه الفكرة قائلاً :

"إن العلاج النفسي هو ذلك التفاعل المخطط له، والمشحون بالوجدانية والثقة، بين معالج Healer مدرب ومؤهل ومخول اجتماعياً ورسمياً، وشخص آخر يعاني Sufferer من اضطراب نفسي من درجات متفاوتة. ومن خلال هذا التفاعل يسعى المعالج إلى التخفيف من ضيق صاحب المعاناة وعجزه، وذلك من خلال التواصل الرمزي الذي يعتمد على الكلمات بشكل رئيسي، وبعض النشاط الجسدي أحياناً. وفي علاجه للمريض، قد يقوم المعالج (أو لايقوم) بإشراك أقارب المريض وغيرهم من الأفراد ذوي الصلة. وعادة مايتضمن العلاج النفسي أيضاً مساعدة المريض على تقبل المعاناة وتحملها كجزء حتمي من الحياة، الأمر الذي يجعل منه فرصة للنمو الشخصي". (Austad,2009).

**العلاج النفسي psychotherapy والطب النفسي Psychiatry:**

يعني الطب النفسي ذلك الفرع من من الطب الذي يتخصص بعلاج الاضطرابات النفسية معتمداً على طرائق الطب المعروفة: الأدوية والعقاقير، الجراحة النفسية العصبية، الصدمات الكهربائية. والتي يستند في تفسير الأمراض العقلية والاضطرابات النفسية في ضوء عواملها العضوية أو علاقتها بالمظاهر الجسمية. فالاضطراب النفسي، قد تكون عوامله نفسية المنشأ وبالتالي سيكون وظيفياً، وتطبق فيه طرق العلاج النفسي، أما إذا كانت عوامله عضوية كالغدد والحواس أو خلل عصبي، فالعلاج يكون طبي نفسي. وهناك أربعة فورق بين تخصصي الطب النفسي والعلاج النفسي.

الأول: يتعلق بنوع الاضطرابات النفسية التي تقع في الاختصاصين: ففي حين تكون الغلبة للعوامل العضوية في الطب النفسي، تكون الغلبة للعوامل النفسية في العلاج النفسي. مثلاً في حالة الذهانات العضوية، تلعب العوامل الوراثية والعضوية والعضوية والبيوكيماوية دوراً بارزاً في نشأتها، لذلك تكون محط اهتمام الطبيب النفسي، أما الاضطرابات النفسية مثل الاعصبية، فالغلبة فيها للعوامل النفسية، وبالتالي تكون محط اهتمام المعالج النفسي. ومن هذا الاختلاف نرى أن

الطبيب النفسي يهتم بما نسميه الأمراض العقلية (الذهانات: الفصام، البارانويا، الجنون الدوري، والذهانات العضوية،)، بينما يهتم المعالج النفسي بما نسميه الأمراض النفسية (الأعصبة: قلق، اكتئاب، وساوس، أعراض هيستيرية تفككية وتحويلية، ومخاوف مرضية، وإساءة استعمال مواد وأدوات، ومشكلات سلوكية..).

الثاني: يتعلق بطريقة العلاج. ففي حين يعتمد الطبي النفسي طرق العلاج الطبية مثل: العقاقير أو الأدوية، والصدمات الكهربائية، والجراحة العصبية النفسية، فإن المعالج النفسي يعتمد في معالجته على الطرائق والأساليب النفسية التي تركز على العلاقة بين المعالج والمتعالج، ويكون محتواها التخاطب لتطبيق تقنيات العلاج النفسي مثل: السلوكية، والمعرفية، والتحليلية، والعلاج المتمركز حول العميل، والعلاج الواقعي، والجشتالطي...الخ

الثالث: هو الدراسة العلمية المتخصصة في كل منهما: ففي حين يكون الطبيب النفسي قد درس في كلية الطب وحصل في الدرجة الجامعية الأولى على (إجازة دكتور في الطب)، ثم تخصص في الدراسات العليا بمجال الطب النفسي، نرى أن المعالج النفسي قد درس في أحد أقسام علم النفس أو الإرشاد النفسي (التي تكون في كليات التربية، أو في كليات الآداب كما في بعض الجامعات)، ثم يتابع دراساته العليا في مجال الصحة النفسية والعلاج النفسي.

الرابع: المنطلق في فهم العوامل الأساسية التي تقف خلف الاضطراب النفسي: فالطبيب النفسي، ينطلق من الإلحاح على العوامل العضوية والعصبية في الاضطراب النفسي، بينما يلح المعالج النفسي على العوامل النفسية والاجتماعية.

رغم الاختلاف القائم بين التخصصين، إلا أن التعاون بين طرفي التخصص أمراً مهماً ويلح عليه الاتجاه الحديث في علم النفس الصحي والعلاج النفسي الذي يشدد على المنحى التكاملي: البيولوجي- النفسي- الاجتماعي Biopsychosocial approach، كما يظهر هذا التكامل في ممارسة التشخيص والتقييم والعلاج، كما هو الحال في مستشفيات الأمراض النفسية.

العلاج النفسي psychotherapy والإرشاد النفسي psychological counseling:

نشأ الإرشاد النفسي كعلم مستقل في خمسينات القرن الماضي، وقد ارتبط في نشأته بحركة التوجيه التربوي والمهني، التي تعبر عن حاجة الأفراد في توجيههم نحو الدراسة (توجيه تربوي) والمهنة (توجيه مهني) التي تناسبهم حتى يحققوا النجاح فيها. وقد عرف الإرشاد النفسي تعريفات متعددة منها مايلح على طبعيه عملية الإرشاد والعلاقة الإرشادية كالتعريف التالي: "عملية لا تزيد عن كونها مناقشة حية بين شخصين تربطهما علاقة إخلاص وثقة. ولكنها بالنسبة للمشاهد الخبير أكثر من مجرد زيارة دردشة، والمرشد يجاهد ليساعد العميل كي يبوح بقصته بطريقته الخاصة، كما أنه يبذل جهده ليكشف عن أفكاره وأحاسيسه الحقيقية"، ومنها مايلح على الأهداف حيث تعرف بأنها :"الإرشاد علاقة متبادلة تقوم بين فردين. وهذه العلاقة ترمي إلى غرض أو هدف. إذ يقوم فيه أحدهما وهو الأخصائي بحكم مرانه وخبرته. على مساعدة الشخص الآخر. وهو العميل. حتى يغير من نفسه ومن بيئته، وزيادة فهمه لمشكلاته وقدرته على حلها. ووسيلة هذه العلاقة هي المقابلة وجها لوجه بين الأخصائي والعميل". فالإرشاد النفسي هو تلك المهنة مهن المساعدة النفسية التي تظهر على شكل علاقة تفاعلية وجهاً لوجه بين المرشد والمسترشد، حيث يقوم الأول بمساعدة الثاني على فهم نفسه، وتبصره بمشكلاته، ومساعدته في إيجاد الحلول لها، وإتخاذ القرار المناسب بشأنها .

فالإرشاد النفسي إذن هو علم تطبيقي في المقام الأول وهو مهنة تستمد جذورها من تلاقي وتداخل معارف كثيرة مستمدة من مجالات علم النفس والاجتماع الانثروبولوجيا والتربية والاقتصاد والفلسفة. وكل علم من هذه العلوم له مساهمته في الإرشاد النفسي. وبالنظر إلى تعريفات الإرشاد السابقة فإننا نجد أن الإرشاد عملية بناءة تستهدف مساعدة الفرد في أن يفهم ذاته ويعرف خبراته، ويحدد مشكلاته وينمي إمكاناته لحل مشكلاته، في ضوء معرفته وتدريبه كي يصل إلى تحقيق أهداف المأمولة. وأن الإرشاد النفسي بكليته يرمي إلى مساعدة الفرد على

تحقيق (Wilkinson and Campbell,2010):

- فهمه لذاته عن طريق إدراكه لقدراته ومهاراته واستعداداته.
- فهمه للمشكلات التي تواجهه.
- فهمه للبيئة التي يعيش فيها.
- استغلاله لإمكانياته الذاتية وإمكانيات بيئته.
- أن يتكيف مع نفسه ومع مجتمعه فيتفاعل معه تفاعلا سليماً.
- أن يستخدم ما لديه من إمكانات واستعدادات وإمكانات بيئته ويوظفها في أحسن توظيف.

يشبه العلاج النفسي الإرشاد النفسي من جهات مختلفة: الأولى: أن كل منهما مهنة من مهن المساعدة النفسية psychologicalHelping التي تضم (الإرشاد النفسي، والعلاج النفسي، والطب النفسي، والخدمة الاجتماعية)، فهذه المهن جميعها تعنى بالأفراد (والجماعات) والصعوبات أو المشكلات التي يواجهونها في حياتهم. الثانية: أن كل من العلاج والإرشاد يعتمد على علاقة قائمة بين طرفين يكون التواصل اللفظي والتخاطب عنصراً أساسياً فيها. الثالثة:، أن الإرشاد والعلاج كلاهما يستخدمان وسائل جمع البيانات، وأساليب التقييم والتشخيص نفسها: من مقابلة، وملاحظة، ومقاييس نفسية، ودراسة حالة.

الرابعة: أن كلا منهما يستخدمان استراتيجيات وطرائق العلاج نفسها: السلوكية، التحليلية، المعرفية، العقلانية– الانفعالية، الجشتالطية، العلاج المتمركز حول العميل..الخ.

الخامسة: أن الأهداف العامة التي يسعى إليها الإرشاد النفسي والعلاج النفسي واحدة من حيث رفع مستوى الصحة النفسية للفرد، وزيادة فهمه لذاته، ومساعدته في حل مشكلاته. وبسبب نقاط الاتفاق هذه يلح بارتسون Paterson على" لاتوجد فروق جوهرية بين الإرشاد والعلاج النفسي سواء في طبيعة العلاقة، أو العملية، أو الأساليب الفنية، والأهداف، وحتى في أنواع العملاء".(الشناوي، 1996).

إن نقاط التشابه بين الإرشاد والعلاج النفسي لاتعني أنهما متطابقان، فهناك فروق كبيرة ومهمة بينهما، كما يبدو من النقاط التالية: الأولى تتعلق بمشكلات العميل، فبينما تكون مشكلات العملاء في الإرشاد أقل خطورة ولا تصل إلى درجة الأمراض النفسية، فإن العلاج النفسي يتعامل مع اضطرابات نفسية متنوعة تبدأ من البسيطة، مروراً بالمتوسطة، وانتهاء بالشديدة. النقطة الثانية تتعلق بالعملاء أنفسهم، فالعملاء في الإرشاد أسوياء عادة، ولكنهم مضطربون وغير أسوياء في العلاج النفسي، النقطة الثالثة تتعلق ببيئة العمل، فبينما بيئة الإرشاد تكون بيئة غير طبية (مدرسة، مؤسسة، جامعة، إدارة، مركز ..) تكون بيئة العلاج ذات طابع طبي نسميها "عيادة" Clinic حيث يمارس المعالج النفسي عمله في عيادات نفسية أو مستشفيات للأمراض النفسية، ومستشفيات عامة. النقطة الرابعة، هي أن الإرشاد يكون قصير الأمد ويلح على وعي المسترشد والجانب الشعوري في شخصيته، بينما يكون العلاج النفسي طويل الأمد، ويلح على الجوانب اللاشعورية في شخصية المتعالج. والنقطة الخامسة أن الإرشاد تربوي، تدعيمي، حيث يطبق المنهج الوقائي preventive، والداعم أو النمائي developmental، وبالمقابل يكون العلاج تعديلي modification يسعى لإحداث تغيير في الشخصية أو إعادة بناء فيها، ويطبق المنهج العلاجي remedial or treatment .

## سادساً: نشأة علم النفس العيادي:

1. الجذور التاريخية:

ينطلق العلاج النفسي من علم النفس كأحد العلوم التي نالت شهرة واسعة بين العلوم الحديثة، وأخذت مكان الصدارة في العلوم والفلسفات القديمة لدى الكثير من الفلاسفة القدماء. والنفس بمفهومها الطبي أو العلاجي جهاز له وظيفة التوفيق بين رغبات الفرد ودوافعه المشروعة وغير المشروعة في البيئة التي يعيش بها. أما العلاج النفسي فهو أحد فروع الطب. وليس فرعا من فروع علم النفس كما يعتقد البعض (عبد الرؤوف ثابت، 1986) يهتم بدراسة الاضطرابات والأمراض النفسية وطرق الوقاية منها وعلاجها سواء كانت هذه الاضطرابات أو الأمراض ناشئة عن عوامل في الجهاز النفسي أو أسباب عضوية .

وتشير الدراسات الحديثة التي أجريت على القبائل البدائية إلى أن المرض العقلي كان موجوداً بالفعل لدى إنسان ما قبل التاريخ. إلا أن هذا المرض قد اتخذ في تلك الفترة من الزمن صورة تتوقف على التطور الحضاري الذي وصل إليه الإنسان آنذاك من حيث: تطوره العقلي، والضغوط المرتبطة بصراعه عن أجل البقاء وأنواع هذه الضغوط، وما سمحت بوجوده الأنظمة الاجتماعية أو الحضارية البدائية التي كانت سائدة في عصره .

وتشير الجماجم المتبقية للإنسان الأول والتي أمكن العثور عليها إلى احتمال وجود صور بدائية من الجراحة (التربنة) التي كانت تقوم على العلاج بالطقوس. حيث كانت الجماجم تثقب ثقوبا دائرية باستخدام ما تيسر من أدوات القطع الغليظة بهدف إخراج الأرواح الشريرة التي تسكن داخل جسد المريض من خلال هذا الثقب الدائري الذي يحدثونه في الجمجمة. كما أن المعالج هو كاهن او عراف القبيلة وكان هو المسؤول عن عودة الأرواح الهارية والمفقودة، وشفاء الأرواح المريضة واستئصال الأرواح الشريرة التي تتلبس الجسم. ومن أهم ممارسة الطقوس الكهنوتية هو إعادة تمثيل المأساة الأصلية التي تسببت في فقدران الروح وتلبس الجسد بروح شريرة والتي عن طريقها نشأ المرض.

إلا أن التطور الحضاري للإنسان ساعد في تفسير المرض العقلي بشكل أكثر وضوحاً نحو اتجاه الشياطين والأرواح الشريرة معتقدين أن هناك أسباباً من خارج الجسم الإنساني هي المسؤولة عن ظاهرة المرض العقلي هذه. واتجهت العديد من الحضارات القديمة "كالصينية والمصرية والعبرانية" إلى الإيمان بالأرواح أو الآلهة لتفسير هذه الظاهرة ولجئوا إلى الأرواح الشريرة والى الجن والشياطين لتفسير الأمراض العقلية .

واشتهر الرومان بأنهم أهل دولة وعمل، واهتموا بالنواحي الاجتماعية والتطبيقية للعلاج النفسي . فقسموا الأمراض العقلية إلى أمراض عقلية قابلة للشفاء، وأمراض عقلية غير قابلة للشفاء. وقاموا بوضع القوانين الخاصة التي تحمي هؤلاء المرضى وتحافظ على مصالحهم، لأن المرضى العقليين كانوا يعاملون في تلك الفترة معاملة سيئة، وتبدو كلمة "مجنون" على اعتبار أنها كلمة سوقية.

**أما نظرة اليونانيين القدماء إلى المرض العقلي فتتلخص في ناحيتين:**

الأولى: أن هناك مرضى مقدسين طيبين، شيطانهم جيد، ويجب المحافظة على هؤلاء المرضى، وخاصة مرضى الصرع، الذي ينظر إليه على أنه مرض مقدس، وأن من يصاب به يعامل باحترام وإجلال.

الثانية: فئة مرضى العقل الأشرار، والذين يعتقد بأنهم يحملون أرواحاً شريرة تتجسد بهم، وهؤلاء يجب أن يعذبوا إلى أقصى درجات العذاب حتى لايجد الشيطان الشرير مكاناً مريحاً في الجسد. وقد وجدت هذه النظرة من يرفضها من المفكرين من أمثال ابقراط، وأسكلبياديس، وجالينوس.

ولم يبرز الباحثون العرب ما قدمته الحضارة العربية الإسلامية من إنجازات علمية كبيرة وإثراء للحضارة أو المعرفة الإنسانية والتي تمتلئ مخطوطاتهم المكتبات العالمية. فقد استخدم ابن سينا التحليل النفسي في علاج مرضاه. فكان أول من طبق الاتجاه التحليلي في العلاج النفسي.

وكان يشير على مرضاه بالزواج من أجل توجيه طاقات الجنس توجيها سليماً. وشدد ابن رشد على الأثر النفسي وعوامل البيئة في تكوين المرض واعترف بأثر العامل الوراثي في تكوين المرض العقلي. كما أشار الإمام الغزالي إلى طريقة إزالة الأسباب الدافعة للغضب بأضدادها. ويقول في هذا الصدد: "وإنما يعالج الغضب عند هيجانه بمعجون العلم والعمل". فيتفكر في الأخبار الواردة في فضل كظم الغيض، والعفو والحلم والاحتمال فيرغب في توابه، ويطفئ غيظه، وأن يخوف نفسه بعقاب الله، وأن يحذر نفسه عاقبة العداوة والانتقام، (كمال، 1994).

ويعتبر عصر الانحطاط والظلمة في أوروبا من أشد العصور ظلاما وقسوة ضد مرضى العقول. وتميزت بسيطرة رجال الكنيسة (الأكليروس) الذين اشتهروا بحرق العلماء والمصلحين، والسيطرة على عقول الناس، ووضع المرضى العقليين في سجون حقيقية يزورها الجمهور أحياناً من أجل مشاهدة الحركات المضحكة التي

كانت تصدر منهم، وسوء معاملة المرضى العقليين مثل حريق لندن الشهير عام 1814 في مستشفى يورك York الذي ابتلع بنيرانه آلاف المرضى العقليين (محمد ربيع، 1986). ومع بداية عصر النهضة في أوروبا تبلور اتجاهان، أشار إليهما جوليان روتر Rotter بما يلي:

- الاتجاه الأول: وهو دراسة السلوك الشاذ والتخلف العقلي: وقد برز هذا الاتجاه لروستان Rostan، وشاركو Sharkot وكرايبيلين Kraeplin، وكرتشمر Kretschmer. حيث ركزوا اهتماماتهم حول أعراض الهستيريا والتنويم. واعتبر وايتمر Witmer في الولايات المتحدة الأمريكية أول من أسس عيادة إكلينيكية في جامعة بنسلفانيا عام 1896 للأطفال الذين يتميزون باضطراب عقلي وانفعالي .
- الاتجاه الثاني: وهو دراسة الفروق الفردية والوراثة والقياس بين الأفراد. وتزعم هذا الاتجاه غالتون Galton وكاتل Cattel وبينيه Binet الذين اهتموا بالفروق الفردية بين الأفراد. وأصدر بينيه أول اختبار للذكاء يقيس القدرة العقلية لأطفال المدارس عام 1905 حيث طور هذا الاختبار على مدى سنوات متعاقبة حتى أصبح يشتهر باسم اختبار ستانفورد – بينيه للذكاء، (Carson,et al ,2000).

2. تطور العلاج النفسي كعلم وكمهنة (علم النفس العيادي المعاصر):

فيما يلي عرض سريع لجذور علم العلاج النفسي وتطوره من حيث التقييم والتشخيص، والعلاج، والمسائل المهنية:

### 2– 1– التشخيص والتقييم Diagnosis and Assessment:

البدايات: بين 1850 – 1900: يكمن جوهر علم النفس العلاجي في تركيزه على تقييم الفروق الفردية بين الأشخاص، ويعود هذا التركيز إلى فرانسيس جالتون Francis Galton الذي بذل جهداً كبيراً في تطبيق الأساليب الكمية لفهم الفروق بين الناس، حيث اهتم بقاس شدة الإحساس والحركة، وزمن الرجع، كما قام بتأسيس مختبرات للقياسات البشرية عام 1882. ثم اتسع هذا

التقليد من خلال عمل جيمس كاتيل James cattell، الذي كان يعمل مساعداً لوليام فونت Wundt، حيث ركز كاتيل اهتمامه على دراسة الفروق الفردية في زمن الرجع، وأولى أهمية كبيرة لدراسة الفروق في الذكاء، حيث استخدم مصطلح الاختبارات العقلية mental tests في وصفه لمقاييسه النفسية، وقد استخدم بطارية من 10 اختبارات. وفي نفس الفترة ظهر توجه آخر في التقييم الإكلينيكي من خلال الأعمال التشخيصية لإيميل كريبلن Emil Kraeplin حين قسم الأمراض العقلية إلى نوعين: نوع تحدده عوامل خارجية (قابل للعلاج)، ونوع آخر تحدده عوامل داخلية (غير قابل للعلاج).

بدايات الحقبة الحديثة 1900–1920: كان ظهور المقاييس النفسية والاختبارات التشخيصية من أهم تطورات هذه الحقبة، ويعد الفريد بينيه Alfred Binet على قناعة تامة بأن مفتاح دراسة الفروق الفردية يكمن في فكرة المعايير والانحراف عن تلك المعايير، حيث قدم أول مشروع بحثه لوزير التربية والتعليم الفرنسي عام 1904، حيث شكلت لجنة عهدت بموجبها إلى بينيه وزميله سيمون مهمة تصميم مقاييس لتشخيص وتأهيل الأطفال المعاقين عقلياً. ووضع المقياس موضع التطبيق 1905، حيث تم تصنيف التلاميذ وفقاً لمستويات قدراتهم العقلية، ثم خضع للتعديل في السنوات اللاحقة ليراعي التطور الحضاري والثقافي للمجتمع الفرنسي. وفي نفس الحقبة (1905) بدا كارل يونغ Carl Jung باستخدام أساليب التداعي الحر للكلمات في محاولة منه لكشف العقد والصراعات النفسية اللاشعورية عند المرضى، وفي عام 1910 نشر اختبار كينت روزانوف للتداعي الحر Kent–RosanoffFree association. وفي عام 1904 قدم تشالز سبيرمان Spearman مفهوم الذكاء العام الذي أطلق عليه مصطلح العامل العام General factor (G). بينما الح إدوارد ثورندايك Thorndike على القدرات الخاصة والمستقلة. اما في عام 1917 فظهرت حاجة ملحة لتصنيف الجنود الذين دخلوا الحرب العالمية الأولى، وعينت الرابطة الأمريكية النفسية لجنة من خمس اعضاء مهمتها وضع نظام لتصنيف الأفراد وفق مستوى قدراتهم، فانتهت إلى مايسمى اختبار إلفا اللفظي للجيش (1917) تلاه اختبار غير لفظي سمي اختبار بيتا للجيش.وفي نفس الفترة وضع روبرت وودورث أول استبانه مصممة لتقييم السلوك الشاذ.

بين الحربين 1920– 1939 : تقدمت الاختبارات التشخيصية كثيراً في هذه الفترة، حيث وضع باترسون Paterson مقياسه غير اللفظي للذكاء، تبعه اختبار كورنيل– كوكس Cornell – coxe وفي عام 1926 نشر اختبار جودإنف لرسم الرجل بغرض قياس الذكاء Goodenough Draw–a – Man، وزادت الاختبارات النفسية وخاصة مقاييس الذكاء اللفظية وغير اللفظية لاستخدامها في المجال الإكلينيكي. اما في عام 1927 فقد أدخل لويس ثيرستون Thurston مصطلح التحليل العاملي لقياس القدرات العقلية وخاصة الذكاء، وفي عام 1939 شهدت حركة القياس العقلي تطوراً مهماً على يد ديفيد ويكسلر David Wechsler حيث نشر اختبار ويكسلر بيلفيو لقياس ذكاء الراشدين، ولم يكن هناك أي اختبار فردي لقياس ذكاء الراشدين في حينها . وفي عام 1921 حدث تطور مهم في الاختبارات الإسقاطية حين وضع هيرمان رورشاخ Hermann Rorschach أول اختبار إسقاطي طبق في مجال التشخيص النفسي حين نشر كتابه "التشخيص النفسي" معتمداً على بقع الحبر في تشخيص البناء العميق لشخصية المرضى من خلال الاستجابة لمثيرات غامضة (بقع الحبر). وفي عام 1935 ظهر تطور آخر في حركة التقييم التشخيصي من خلال وضع كريستينا مورجانChristina Morgan وهنري موراي Henry Murray الاختبار المشهور "اختبار تفهم الموضوع" الذي يتضمن مجموعة صور غامضة، ويطلب من المفحوص أن يروي قصة يصف من خلالها نشاطات الأشخاص الذين يظهرون في الصورة.

الحرب العالمية الثانية ومابعدها (1940– حتى الوقت الحاضر): كان لتطور حركة القياس النفسي وخاصة اختبارات الذكاء اثراً كبيراً في مسيرة حركة العلاج النفسي كعلم وكمهنة.حيث انتقل الاختصاصيون الإكلينيكيون من العمل في المدارس ومعاهد المعوقين عقلياً إلى المؤسسات الإصلاحية والمستشفيات العقلية والعيادات النفسية، وأصبح الأطباء النفسيون يقومون بإحالة مرضاهم إلى هؤلاء الاختصاصيين الإكلينيكيين لإجراء التقييم والتشخيص اللازمين من خلال الإجابة عن تساؤلات كثيرة مثل: " ما مستوى قدرات هذا المريض؟"، "وهل مستوى

أداء المريض ناجم عن قصور عقلي أم نتيجة مرض نفسي كالفصام؟".
وفي عام 1944 ظهر اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI) Minnesota MultiphasicPersonalityInventory وهو اختبار موضوعي يستخدم أسلوب التقرير الذاتي، ومهمته تشخيص المرضى وتصنيفهم بشكل أولي. كما شهدت فترة الأربعينيات والخمسينيات من القرن العشرين تقدما مهماً تقنيات اختبار مينسوتا (MMPI) من خلال التحول من الانطباعات الذاتية للأخصائي النفسي إلى التوجهات الموضوعية المبنية على بيانات ثابتة من خلال التنبؤات الإحصائية والاختبارات الكمية. وفي عام 1949 وضع ديفيد ويكسلر اختباره الثاني :اختبار ويكسلر لقياس ذكاء الأطفال الذي أصبح بديلاً لاختبار ستانفورد– بينيه، ثم وضع اختبار ويكسلر لذكاء الراشدين (الذي يعتبر تعديلاً لاختبار ويكسلر بيلفيو). أما بالنسبة لقياس الشخصية فعلى الرغم من التقدم الذي حصل في تطبيق الاختبارات الاسقاطية، إلا أن التحدي الأساسي في قياس الشخصية جاء من خارج صفوف هذه الاختبارات، حيث بدأت الحركة السلوكية المتطرفة الراديكالية تبرز واضحة، حين شدد أصحابها على انه لايمكن الاستدلال على سمات الشخصية من خلال هذه الاختبارات كالاختبارات بقع الحبر، ومينسوتا، وتفهم الموضوع وغيرها، لأن سمات الشخصية لا يمكن قياسها مباشرة، من هنا أخذ علم النفس العلاجي يعتمد المنحى السلوكي وخاصة عام 1968 حين جاء ولتر ميشيل Walter Michel ليؤكد ان سمات الشخصية موجودة في عقول الملاحظين (الفاحصين) أكثر منها في سلوك موضوع الملاحظة (المفحوصين)، وهذا ما ادى إلى ظهور حركة التقييم السلوكي Behavioral assessment التي تشدد على فهم السلوك من خلال السياق (المثيرات) الذي يحدث فيه هذا السلوك وخاصة سوابقه ولواحقه.

من أبرز المؤثرات في التشخيص والتقييم النفسي ظهور الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسيDiagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM–1) الذي صدر لأول مرة عام 1952

عن رابطة الطب النفسي الأمريكية. وقد ظهرت مراجعات عديدة لهذا الدليل آخرها عام 2000 (DSM – IV) إضافة إلى تأثير هذا الدليل على قوائم التقرير الذاتي، حيث تم تصميم قوائم جديدة لقياس الاضطرابات النفسية الواردة في الدليل التشخيصي، مما ساهم في نمو نوع آخر من أدوات التشخيص منها: المقابلات التشخيصية المقننة، التي تحتوي قائمة من الأسئلة التي تعد مفتاحاً لمحكات التشخيص الواردة في الدليل. ومع هذا التطور تنامي الاهتمام بالتقييم النفسي العصبي Neuropsy chological assessment الذي ستخدم لتقييم قوة المريض أو ضعفه بناء على وجود علامات مدعمة تجريبياً بين الدماغ والسلوك.

وقد تم تطوير عدد من الأدوات لتحديد العجز في وظائف الدماغ، ففي عام 1947 قام هالستيد Halsted بتصميم بطارية كاملة من الاختبارات التي تساعد في تشخيص المشكلات النفسية العصبية. والتقييم النفسي العصبي المعاصر يأخذ اتجاهان: الأول يستخدم مجموعة اختبارات (بطارية من الاختبارات) لجميع المرضى، والثاني، يستخدم مجموعة صغيرة من الاختبارات تبدأ باختبارات أولية، ثم يتم تطبيق اختبارات إضافية للإجابة عن أسئلة الإحالة. ومن أبرز هذه الاختبارات: بطارية هالستيد – رايتمان (1969)، وبطارية لوريا– نبراسكا (1985).

2– 2– التدخلات العلاجية Interventions:

البدايات بين 1850– 1900 : بينما كان إميل كريبلين يركز على تصنيف الاضطرابات النفسية وخاصة الذهانية، كان آخرون يبحثون عن علاجات جديدة للمرضى العصابيين كالإيحاء والتنويم، حيث نال شاركو Charcot شهرة واسعة لاهتمامه بمعالجة الهستريا: المرضى ذوي الأعراض الجسمية كالعمى والشلل، والذين لايبدو أن لديهم أية علة عضوية، واعتقد شاركو بأن مرضى الهستريا فقط هم الذين يمكن تنويمهم. من جهة ثانية فإن بيير جانيت Perry Janet اعتبرها مضطهراً من مظاهر انقسام الشخصية.

وفي بداية الثمانينيات من القرن التاسع عشر ظهر التعاون بين جوزيف بروير Breuer وسيجموند فرويد Freud في معالجة حالات الهستريا وخاصة المريضة المسماة " أنا" ونشرا كتابهما عن معالجة الهستريا باسم "دراسات حول الهستريا".

بدايات الحقبة الحديثة: بين 1900 – 1920 : احتل كليفورد بيرلز Clifford Beers مكانة خاصة في حركة الصحة النفسية والعلاج النفسي، فقد أصيب باكتئاب حاد ادخله المستشفيات العقلية، وخلال تواجده فيها مر بفترة هوسن وبدا حينها بتسجيل خبراته في المستشفى، وبعد خروجه منه وشفائه من الهوس الاكتئابي، ألف كتابه المسمى "عقل وجد نفسه" AmindThatFoundItself عام 1808 حينها انطلقت حركة الصحة النفسية في امريكا. وفي عام 1900 نشر فرويد كتابه "تفسير الأحلام"، وبهذا كانت حركة التحليل النفسي في أوجها حيث سادت مفاهيم العقد النفسية، والصراع النفسي، والدوافع اللاشعورية، والأنا، والأنا الأعلى، والهو، والكبت... الخ.

وقد تأثر عدد كبير بحركة التحليل النفسي خلال القرن العشرين، وقد تابع كل من الفريد ادلر Alfred Adler وكارل يونغ Carl Jung افكار استاذهم فرويد واهتموا بها، وأسسوا مدارس مستقلة تنتمي لحركة التحليل النفسي: علم النفس الفردي (ادلر)، وعلم النفس التحليلي والمركب (يونغ). كما تأثر عدد من علماء النفس بهذه الحركة من أمثال: أوتو رانك، وأرنس جونز، وفيرنزي وغيرهم. وفي عام 1905 بدا الطبيب الباطني جوزيف برات Pratt والاختصاصي النفسي إلوود ووركيستر Elwood Worcester باستخدام أسلوب المناقشات الداعمة supportive discussion بين المرضى المقيمين بالمستشفيات مما ساهم في ظهور حركة العلاج النفسي الجمعي.

بين الحربين 1920 – 1939 : بينما كان التحليل النفسي في بداية القرن العشرين مكرساً للراشدين، وكان الذين يمارسونه مقتصراً على من درسوا الطب، إلا أن فرويد قال بأن المحللين النفسيين لايحتاجون للتدريب الطبي، مما أتاح لغير الأطباء من الاختصاصيين النفسيين ممارسة العلاج بالتحليل النفسي. وبهذا

التطور بدأ التحليل النفسي طبق ليس فقط على الراشدين – كما كان بالسابق– بل امتد ليشمل الفئات العمرية المختلفة من أطفال ومراهقين، كما توسع ليقدم استشارات للآباء والمدرسين في الأسرة والمدرسة. من جهة ثانية فقد ظهر تيار في العمل المبكر مع الأطفال، وهو العلاج باللعب، وهي تقنية تعتمد على تحرير القلق والعدوان من خلال اللعب التعبيري، وقامت أنا فرويد (ابنة سيجموند فرويد) بوصف طريقة في العلاج باللعب مشتقة من مبادئ التحليل النفسي. وفي هذه الفترة ظهرت حركة العلاج النفسي الجمعي في ثلاثينيات القرن العشرين من خلال أعمال مورينو Moreno وسلافسون Slavson، كما مهدت تقنية " العلاج السلبي" passivetherapy التي وصفها فريدريك ألين Allen عام 1934 للعلاج الجمعي والعمل مع الجماعات، ومعه ظهرت طريقة العلاج المتمركز حول العميل لكارل روجرز، كما وضع ليفي طريقة " العلاج بالعلاقات"، وواطسون "العلاج بالإشراط" من خلال (معالجة الخوف المرضي للطفل ألبرت) مما ساهم في تطور حركة العلاج السلوكي.

الحرب العالمية الثانية وما بعدها (1940– الوقت الحاضر): تطلبت الحرب العالمية الثانية أعداداً كبيرة من الرجال، كما حدثت مشكلات واضطرابات نفسية متنوعة، لم يكن عدد الأطباء النفسيين كافياً لمعالجتها، مما دفع بدخول الاختصاصيين النفسيين لسد هذه الثغرة، وقد بدأ هؤلاء بالعلاج الجمعي، وكان عملهم جيدا في تحقيق الأهداف قصيرة الأمد وخاصة في مجال التقييم التشخيصي. لقد ساعدت هذه الخبرة على دخول الاختصاصيين النفسيين في مجال الصحة النفسية وممارسة العلاج النفسي، خاصة وقد شهدت أوروبا في ثلاثينيات القرن الماضي حركة نازية دفعت الكثيرين من الأطباء على مغادرة أوطانهم واستقرار الكثيرين منهم في الولايات المتحدة الأمريكية. مما ساهم في نشر حركة التحليل النفسي وزيادة عدد معتنقيها من علماء النفس.

ومع تراجع أهمية قياس الذكاء، أصبح العلاج النفسي ونظرية الشخصية، محط أنظار المختصين والتي كانت صيغتها تحليلية، وفي عام 1946 قام الكسندر وفرينش Alexander and French بنشر كتاب حول العلاج التحليل المختصر، مما ترك أثرا عدد من علماء النفس وخاصة دولارد وميللر Dollard and Miller

الذين نشرا كتابهما "الشخصية والعلاج النفسي" وهو محاولة لتطبيق مفاهيم فرويد بلغة نظريات التعلم. كما ازدهرت طريقة العلاج الجشتالطتي على يد بيرلز Perls، وقدم فرانكل طريقته "العلاج بالمعنى" باعتبارها إحدى الطرق الوجودية في المعالجة النفسية (1953). كما قام ألبرت اليس Ellis بوضع طريقة العلاج العقلاني الانفعالي (1962).وظهرت طريقة العلاج بالتحليل التبادلي Transactional Analysis التي وضعها بيرن عام (1961). ومع تنوع أساليب العلاج النفسي، وجه ايزنك Eyseck عام 1952 انتقاداً لاذعاً للعلاج النفسي متسائلاً عن فعاليته في خفض الاضطرابات النفسية، مما ساهم في دق ناقوس أنذر الكثيرين للقيام بأبحاث علمية تثبت فعالية طرائق وأساليب العلاج النفسي. ومازال يجري بحوث ماجستير ودكتوراه حول فعالية طرائق العلاج النفسي في خفض مختلف الاضطرابات النفسية. (Trull,2005).

وبينما كان العلاج التحليلي والسيكودينامي هو السائد في الماضي، أصبح العلاج السلوكي هو السائد بعد نشر سالتر طريقة العلاج بالانعكاس الشرطي، مما مهد لطريقة "خفض الحساسية التدريجي أو المنظم" والتي طبقها وولبي Wolpe في معالجة القلق. كما أرسى باندورا Bandura قواعد الحركة المعرفية السلوكية (1969). وقد جذب العلاج السلوكي عدداً كبيراً من الاختصاصيين النفسيين بتركيزه على السلوك الملاحظ والتقييم التجريبي لنتائج العلاج. وهناك عدداً من التوجهات في التدخل العلاجي هي:

1) الزيادة الكبيرة في عدد المعالجات وتقنيات العلاج النفسي التي يستخدمها المعالجون النفسيون والتي تتراوح بين السلوكية والمعرفية المدعومة تجريبياً، إلى مناح "رائجة" مثل علاج الطفل الكامن inner – child therapy التي لاتحظى بدعم تجريبي. وقدر بعضهم عدد هذه التقنيات بما يزيد عن 400 طريقة علاج. ولحسن الحظ ليست جميعها وليدة الساعة، ولذلك فإن عدد كبير من المعالجين النفسيين يوصفون بأنهم "انتقائيون" eclectics حيث يوظفون عدة تقنيات من عدة توجهات نظرية، وذلك وفق طبيعة المشكلة والاضطراب أو وفق شخصية العميل نفسه.

2) أصبح العلاج المختصر او الفعال زمنياً brief or time – effectivetherapy أسلوباً مفضلاً في التدخل العلاجي لعدة أسباب أهمها أن فعاليته تساوي إن لم تتفوق على فعالية العلاج النفسي التقليدي، كما أن أنظمة الرعاية الصحية لاترغب في جلسات يفوق عددها أصابع اليد. ومع تطور الأشكال المختصرة تم إدخال طرق علاجية على هيئة دليل علاجي إلى العمل الإكلينيكي، بحيث يوضح أهداف كل جلسة، وتبين التقنيات التي يمكن استخدامها، بحيث تمكن المعالج من تطبيق " رزمة" علاجية والانتهاء بغضون 10 جلسات إلى 15 جلسة. وهناك أدلة كثيرة مصممة لمعالجة أمراض القلق والاكتئاب واضطرابات الشخصية.

3) مع خمسينيات القرن العشرين بدأ المعالجون النفسيون التحرر من طرق العلاج الفردي التي تتعامل مع كل مريض على حدة (أو حتى العلاج الجمعي)، وراحوا يبحثون عن منحى وقائي preventive للتدخل، مما ساعد في ظهور علم النفس المجتمعي community psychology في الستينات، وعلم النفس الصحي health psychology في السبعينات ونتيجة لذلك، تزايد عدد المختصين النفسيين الذين يقدمون خدمات تتعلق بالوقاية من المشكلات الصحية، ومشكلات الصحة النفسية، والإصابات وحالات العجز. ويرتبط العهد الوقائي بعلم النفس الصحي الذي يلقى مزيداً من الاهتمام في الوقت الحاضر، خاصة مع ازدياد الطلب على المختصين النفسيين من قبل أطباء الرعاية الأولية ومؤسسات الرعاية الصحية بمختلف اشكالها.

4) تجدر الإشارة إلى ظهور حدثين هامين في الولايات المتحدة الآن هما: الأول قيام الرابطة النفسية الأمريكية (APA) عام 1995 بالمصادقة رسمياً على السعي نحو امتيازات وصف الأدوية لعلماء النفس. الثاني عام 2002 حين اصبحت ولاية نيومكسيكو اول ولاية أمريكية تسن قانوناً يخول للاختصاصيين النفسين (علماء النفس العلاجي) المؤهلين والمدربين جيداً بوصف الأدوية النفسية للمرضى. وقد تحذو حذوها ولايات أخرى. ويبدو أن من غير المعقول أن يبقى عمل المعالج النفسي مقتصراً على "العلاج بالكلام" مستقبلاً، ومن الأرجح ان تضم البرامج التأهيلية له، تدريبه على وصف الأدوية ليحصل على امتياز منح الأدوية في ممارسته لاحقاً، (Trull,2005).

2- 3- العلاج النفسي كمهنة:The profession :

البدايات بين 1850- 1900 : ظهر حدثان مهمان في أواخر القرن التاسع عشر، الأول تأسيس الرابطة النفسية الأمريكية American Psychological Association (APA) عام 1892، وتنصيب ستانلي هول أول رئيس لها، والثاني تأسيس أول عيادة نفسية في جامعة بنسلفانيا عام 1896 من قبل لايتنر ويتمر Witmer والتي يؤرخ الكثيرون أنها البداية الفعلية لممارسة العلاج النفسي، وقد هدفت هذه العيادة غلى معالجة مشكلات الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التعلم، ومشكلات سلوكية وتعليمية، وصدر أول مجلة علمية عنها باسم "مجلة العيادة النفسية. من هنا يعتبر ويتمر أول من ساهم في تطبيق علم النفس العلاجي كمهنة، وهو الذي سمى هذا العلم باسم " علم النفس الإكلينيكي"، كما انه أول من درس مقررات جامعية ومختصة في علم النفس الإكلينيكي عام 1907. كما قام بتطوير برنامج تدريبي في هذا الميدان.

بين الحربين (1900- 1939): سعى العديد من الاختصاصيين النفسيين قدماً في طريقة الممارسة الإكلينيكية، هادفين إلى الاعتراف بأدوارهم المميزة واهتماماتهم العلاجية تحت مظلة الرابطة النفسية الأمريكية حتى العشرينيات من القرن العشرين. حيث تم تشكيل لجنة معايير التدريب في الرابطة، معتبرين أن علم النفس الإكلينيكي أو العلاجي على أنه ذلك الفن أو التقنية التي تتعامل مع مشكلات التكيف لدى الإنسان". وفي عام 1936 نشر أو ل كتاب في علم النفس الإكلينيكي عام 1937، كما تأسست مجلة علم النفس الاستشاري التي ماتزال تصدر حتى الآن تحت اسم علم النفس الإكلينيكي والاستشاري Journal of Clinical and Counselting Psychology والتي ينشر فيها العديد من المختصين ابحاثهم الإكلينيكية. وفي عام 1921 انشا جيمس كاتيل Catell المؤسسة النفسية Psychological Corporation التي تعنى بتطوير الاختبارات والمقاييس النفسية وتسويقها، كما قام مورتن برنس Prince بتاسيس عيادة هارفارد النفسية عام 1927.

الحرب العالمية الثانية وما بعدها (بين 1940– 1970): زادت الحاجات والمتطلبات المتعلقة بالممارسة النفسية مع ازدياد أعداد الجنود المضطربين نتيجة الحرب العالمية الثانية وخاصة من اجل تقييم الأفراد واستبعاد من لايصلح للخدمة العسكرية فبدأ الاختصاصيون العلاجيون بتطبيق تقنيات الاختبارات والمقاييس لهذه المهمة. وقد قدمت غدارة العسكريين القدامى تمويلاً جيداً لتدريب الطلبة في الدراسات العليا ومنحهم الدكتوراه في هذا الميدان، ومن ثم تدريبهم ليعملوا في هذه المهمة من أجل فرز الأسوياء عن غير الأسوياء، وقد ساعد على ذلك رفع رواتب هؤلاء المختصين جميعاً .من هنا بدأ التحول من الاهتمام بمشكلات الأطفال إلى مشكلات الراشدين. إلا أن تطور علم النفس العلاجي كمهنة لم يكن تحت مظلة ورعاية إدارة العسكريين القدماء، فقد بادرت مؤسسات أخرى بذلك منها: خدمات الصحة العامة الأمريكية، والمعهد الوطني للصحة النفسية.وفي عام 1956 قامت الرابطة النفسية الأمريكية بالمصادقة على برامج التدريب الإكلينيكي، ونشر المعايير الأخلاقية لمهنة العلاج النفسي Ethical standards الذي يعتبر خطوة وعلامة بارزة في تطور مهنة المعالجة النفسية وحماية العاملين فيها. وقد زاد عدد المنتمين للرابطة النفسية الأمريكية من 7250 عضواً عام 1950 إلى 16644 عام 1960 .

نمو مهنة العلاج النفسي من عام 1970 حتى الوقت الحاضر: في منتصف الستينيات من القرن الماضي أصبح علم النفس العلاجي علماً سلوكياً في مجال التقييم والتشخيص والمعالجة، وتحول الاهتمام من بحث السمات والعوامل الشخصية التي تساعد في حدوث الاضطرابات النفسية، إلى العوامل الموقفية والسياق الاجتماعي الذي يتحكم بالسلوك. كما أخذ الاتجاه المعرفي يسعى للظهور على الساحة من خلال التأكيد على "الأساليب المعرفية السلوكية، فظهر الاتجاه المعرفي السلوكي في المعالجة. وعلى الرغم من ظهور علم النفس المجتمعي ودخوله الميدان الإكلينيكي في ستينيات القرن الماضي ببطء، إلا ظهوره المتزامن مع نشوء علم النفس الصحي قد ساهم في التأكيد على برامج الوقاية وتحسين الصحة.

وقد شهدت سبعينيات وثمانينيات القرن الماضي نمواً متزايداً في مهنة العلاج النفسي، حيث وصل عدد أعضاء الرابطة النفسية الأمريكية 67000 عضو عام 1987. كم أن شعبة علم النفس (الشعبة 12 التي تسمى الآن جمعية علم النفس الإكلينيكي Society of Clinical Psychology وهي أكبر وحدة أو شعبة مستقلة في الرابطة النفسية الأمريكية.

في عام 1995 ظهر حدثان مؤثران في العلاج النفسي، الأول مصادقة الرابطة النفسية الأمريكية على امتيازات وصف الأدوية من قبل المعالجين النفسيين، والثاني، في عام 2002 كانت نيومكسيكو أول ولاية تسن قانوناً يسمح للمعالجين النفسيين المدربين بوصف الأدوية لعلاج الاضطرابات النفسية.

يواجه اليوم علم النفس العلاجي تحديات في عدة مسائل مهنية، تتعلق بنموذج برامج تدريب الاختصاصيين النفسيين، وتأثير ثورة الرعاية الصحية عليهم، والسعي للحصول على امتياز وصف الأدوية في الممارسة العلاجية.

حركة الجمعيات المهنية العالمية للعلاج النفسي:

نشأت حركة الجمعيات المهنية العالمية للعلاج النفسي في أحضان جمعيات التحليل النفسي التي حددت بدايات الأسس والمقاييس الصارمة للإعداد والتدريب على عملية العلاج النفسي. وبعد فترة نشأت مدارس جديدة في علم النفس الغنساني في نطاق مؤتمرات عديدة، ثم قامت حركات قوية في مجال التدريب على العلاج السلوكي والعلاقات التبادلية، والهندسة العصبية اللغوية مما أدى إلى تكييف العلاج النفسي مع احتياجات المؤسسات الميدانية مثل علم نفس العمل والإدارة، ونشأ ذلك من خلال تزايد اهتمام الأطباء العقليين بعملية العلاج النفسي بالكلام والتخاطب وليس فقط بالدواء والمركبات الصيدلانية، ووصل الأمر إلى أن النقابات بدات الاهتمام بإنشاء أقسام ومراكز للعلاج النفسي في مؤسسات العمل.

تعاظمت حركة جمعيات العلاج النفسي والنقابات في محاولة لتقنين وتنظيم مهنة العلاج النفسي، واخيراً نشأت الجمعية الأوروبية للعلاج النفسي التي تضم كل أنشطة العلاج النفسي في أوروبا في إطار مشروع الاتحاد الأوروبي الشامل، وذلك في غطار البحث عن طريق الطريق الثالث الذي يجمع مابين علوم الطب من ناحية وعلم النفص من ناحية أخرى. وهذا ماافترض قيام ورشة كبرى لرصد وتصنيف مجالات العلاج المختلفة والمهمة المرتبطة بها بأشكال مختلفة.

إعلان ستراسبورغ: بالتوافق مع الأهداف المحددة من قبل المنظمة الصحة العالمية World Health Orgnization (WHO) وتحت شعار عدم التمييز الذي اعتمدته المجموعة الأوروربية (EEE) وتبعاً لمبدأ حرية تنقل الأفراد والخدمات، اتفق الموقعون على النقاط التالية:

1) العلاج النفسي هو اختصاص مستقل، ويدخل في مجال العلوم الإنسانية Human Sciences، وممارسته تعتبر مهنة حرة ومستقلة.
2) الإعداد للعلاج النفسي يفترض مستوى لافيعاً من الجودة والقدرة النظرية، والعيادية (الإكلينيكية)، والميدانية، والتطبيقية.
3) تنوع الطرائق والأساليب للتدخل العلاجي.
4) الإعداد والتدريب على المدارس والتقنيات العلاجية يجب أن يحصل بشكل عميق وكامل، ويتضمن: النظرية، التجربة على الشخص نفسه، والممارسة الميدانية تحت إشراف مختصين واستشاريين متمكنين في المجال. ويجب أن يتم اكتساب المفاهيم الواسعة على كافة الطرائق والتقنيات العلاجية المعتمدة.
5) الدخول في مهنة العلاج النفسي، يخضع لإعداد مسبق وتحديداً في مجال العولم الإنسانية والاجتماعية.

إعلان فيينا/المجلس العالمي للعلاج النفسي (WCP) (1996):

شارك ما يقرب من (4000) عضو، ينتمون إلى (90) بلداً في المؤتمر العالمي الأول للعلاج النفسي برعاية المجلس العالمي للعلاج النفسي World Council Psychotherapy في فيينا (النمسا)، مكان وموطن المصدر التاريخي للعلاج النفسي العلمي في العالم، وقد أطلقوا نداء علنياً للحكومات في كل القارات حول النقاط التالية :

- دمج العلاج النفسي وإدخاله في برامج الوقاية للصحة العامة General Health Prevention، وذلك لأن العلاج النفسي يخفض عدد حالات الأمراض العضوية أو الجسمية التي تنشأ عن أزمات نفسية، مما : يخفض تكاليف النفقات الطبية من ناحية أولى، ويختصر من تكاليف المتابعة الطبية والاجتماعية من ناحية ثانية.
- لا يجب اتخاذ أية إجراءات تؤدي إلى إيقاف العلاج النفسي والسيكوسوماتي: فقد تبين علمياً أن إيقاف خدمات العلاج النفسي يؤدي إلى تزايد كبير في نفقات العلاج الاجتماعي والمتابعة مما يفوق تكاليف العلاج النفسي.
- إن تكيف المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية وسيكوسوماتية يجب أن يكون ميسراً: ويجب تجنب كل أثر سلبي للتشخيص على أوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية.
- ضمان الجودة والنوعية في العلاج النفسي. فالاعتراف الرسمي بالعلاج النفسي يجب ان يضمن: نوعية إعداد المعالجين النفسيين من جهة، والحق القانوني لممارسة العلاج النفسي من جهة ثانية.
- مهنة العلاج النفسي: يجب أن يعترف بها كجزء أساسي من الوقاية الصحية الاجتماعية.

وقد وقع على وثيقة هذا الإعلان جميع المشاركين في المؤتمر في 4 تموز 1996، بحضور رئيس المجلس العالمي للعلاج النفسي الدكتور ألفريد بريتز Alphred Pritz.

وقد نشأ المجلس العالمي للعلاج النفسي WCP في زوريخ عام 1995 بناء على مبادرة من ألفريد بريتز، وقد حدد عدداً من المهمات والمسؤوليات التي يعمل على تحقيقها منها: تحريك العلاج النفسي في كل القارات، وتطوير بنى وشروط العلاج النفسي لتحقق الأهداف العلاجية للمرضى، والتنسيق مع المنظمات الوطنية والعالمية من أجل إدارة الأزمات وحل الصراعات، وإنشاء مركز عالمي للمعلومات للأزمة حول العلاج النفسي، وإنشاء لجان عالمية تعمل على قضايا ذات شأن عالمي، وتنظيم ورش عمل عالمية لإعداد وتدريب المعالجين النفسيين.

اتجاهات العلاج النفسي الحديثة في الثقافة الغربية في الوقت الحاضر: تعتمد الاتجاهات الحديثة في العلاج النفسي في المجتمعات الغربية على عدة مداخل أو اتجاهات أبرزها:

**أولاً:** الاتجاه الكيماوي (الطبي): الذي يركز على العقاقير الطبية والجلسات الكهربائية.

**ثانياً:** الاتجاه بالتدخل الجراحي لبعض الأمراض العقلية.

**ثالثاً:** الاتجاه النفسي الذي يقسم إلى عدة اتجاهات فرعية:

1) مدرسة التحليل النفسي والعلاج السيكودينامي على امتدادها في أوروبا وأمريكا، وتركز على العلاج الفردي والعميق.
2) المدخل السلوكي، وتعديل السلوك.
3) العلاج الجمعي من خلال جلسات علاجية بالسيكودراما والعلاج بالعمل.
4) علاج الوسط الاجتماعي، والعلاج الأسري والمجتمعي.

5) العلاج المعرفي، والمعرفي السلوكي. مثل: العلاج العقلاني – الانفعالي، علاج التصورات الخاطئة.
6) العلاج الظاهراتي والوجودي مثل: العلاج المتمركز حول العميل، والعلاج بالمعنى، والعلاج الواقعي.
7) العلاج النفسي المساند: العلاج بالموسيقى، العلاج باللعب، العلاج بالتمثيل، العلاج الفيزيقي، العلاج الترويحي، العلاج بالقراءة، العلاج باليوجا، العلاج بالتأمل.

لائحة العائلات الكبرى لمدارس العلاج النفسي وفق الجمعية الفرنسية للعلاج النفسي (2004):

وضعت الجمعية الفرنسية لائحة سميت "العائلات الكبرى" لمدارس وتقنيات العلاج النفسي، و تضم:

1) مدرسة التحليل النفسي. Psychoanalysis
2) المدرسة السلوكية، والمعرفية السلوكية–Behavioral and Cognitive Behavioral.
3) المدرسة الإنسانية Humanistic.
4) المدرسة النسقية التنظيمية Systematic.
5) الطريقة متعددة الاتجاهات والمرجعيات Multi – Approach.

### 3. العلاج النفسي في البلاد العربية:

#### 3– 1– العلاج النفسي التقليدي عند العرب:

المجتمع العربي كغيره من المجتمعات في العالم له ثقافته ومعتقداته الخاصة به، قد يبدو بعضها غير مفهوم من قبل المجتمعات الغربية، ومع ذلك فهو حقيقة واقعة تؤثر في سلوكيات أفراده. ومن أبرز هذه المعتقدات: الايمان بالجن، والعين، والسحر وغيرها، وقد هوجمت من قبل بعض الباحثين، رغم أن تأثيرها يختلف من بيئة عربية إلى أخرى.

إن نظرية عين الحسود، هي النظرية التقليدية عبر التاريخ في تفسير المرض النفسي، والمعتقدات العربية القديمة حول منشأ المشكلات النفسية قد ربطتها بمسببات ميتافيزيقية مثل : عين الحسود، السحر والشعوذة، Sorcery ويعتقد الكثير من العرب أن الحسد والأفكار الشيطانية يمكنها أن تنتقل إلى شخص آخر مباشرة عبر العين. إن الكلمة العربية في حالة الذهان هي "الجنون Junoon" وهي مشتقة من كلمة جن Jinn التي تعني روح الحسد (اللامة). وهناك تفسيرات أخرى مثل الأعصاب السيئة. ومن أجل إبطال مفعول الجن أو تأثير عين الحسد، يستعمل البعض الأحجية، باعتبارها مضادات السحر وعين الحسود(El-Islam 1982). والجن مفهوم له جذوره في الثقافة العربية، وكانت العرب تزعم أن لكل شاعر جني يلهمه الشعر، وهناك قصص في التراث العربي تزعم أن الشاعر فلان قابل الجني فلان، ويبلغ الخيال حداً، وصف فيه العرب ماسموه "وادي عبقر" الذي يقطنه نفر من الجن، وأن هذه التسمية قد أتت من كلمة "عبقري"، التي تعبر عن أي شيء غريب ومتميز، ويفوق التصور، ثم اتسع المعنى ليشمل سيد القوم وعظيمهم. وحالياً يقتصر المصطلح على العبقرية والتميز العقلي أو الذكاء الحاد. وفي الثقافة الشعبية نجد صوراً عن تلبس الجن للإنسان، حيث يتلبس الجني الإنسية، وتتلبس الجنية الإنسي في منطقة الخليج. أما في الريف المصري، فيعتقد بوجود مايسمى "النداهة" التي تسيطر على عقل الفلاح وتأخذ من عمله وأهله وقريته. وفي المغرب العربي، هناك أسماء لملوك الجن مثل ميمون الكناوي، وبرقان. وفي بلاد الشام يشتهر اسم شمهورش، ولكل منهم صفاته ووظائفه، ويعاونون السحرة، ويجلبون الخير أو يوقعون الأذى بالناس.

أما السحر فهو نهج آخر يختلف عن الجن ومس الشيطان. فالسحر يقوم به شخص متعمداً أن يسبب الضرر لإنسان آخر باستخدام السحر، كأن تقوم زوجة بسحر زوجها له بعد طلاقها منه، انتقاماً منه ومن زوجته الجديدة. وكثيراً مايستخدم السحر لإيقاع الأذى بالآخرين بسبب الغيرة أو الانتقام. أما العين فهي النتيجة المباشرة لحسد إنسان ما لشيء جميل يملكه أو يتميز به شخص آخر، من جما وثراء أو ذكاء.

ويحدث "أثر العين" من نظرة عابرة أو لمحة سريعة يبدي فيها الحاسد إعجابه بما يراه، وكثيراً ما يعزي العربي فشله إلى إصابته بالعين. إن الخوف من أثر العين له النصيب الأوفر من الانتشار أكثر من الخوف من الجن والسحر، وربما يعود ذلك إلى اعتقاد الإنسان العربي بأن كل إنسان يملك القدرة على إحداث الإصابة بالعين، في حين يحتاج السحر إلى ساحر، أما مس الجن فيعود إلى أسباب غير معروفة. وقد روى التنوخي قصصاً عن ذلك في "مشوار المحاضرة وأخبار المذاكرة".

وهناك طقوس أخرى شائعة وهي المزار Zar ومراسيم المزارات. ففي هذه المراسيم والطقوس يعيش الشخص المشارك حالة من الغشية Trance تحت تأثير الطبول والتراتيل المتواصلة والرقص حيث يتم التعبير عن الهموم والرغبات، وكل أغنية موجهة بالمزار نحو روح خاصة، التي إذا وجدت في جسم الشخص فإنها ستتحدث عبره. إنها تعود إلى روح تعزى إلى رغبات غريبة مثل هذه الرغبات والأحلام يجب أن تجاب وتلبى عن طريق تقديم الأضاحي والقرابين Sacrifices لتهدئة هذه الروح وحثها على مغادرة الجسد. وكثيراً ما تستخدم الطيور، والخراف، والعجول كأضحية ويقوم الشخص بأكل أجزاء منها حتى يتم طرد الأرواح الشريرة من الجسد وتطهيره. من جهة ثانية تتضمن المناظر، والفراش الزرق، والعدد خمسة الذي كثيراً ما يأخذ شكل اليد المفتوحة باللون الأزرق والتي تستعمل من أجل حماية الناس من عين الحسد، والسحر، والجن (حجازي، 1986).

وهناك الطب الشعبي الذي اختلف عن الطب العربي، رغم أن كليهما يعتمدان على التداوي بالأعشاب والحمية، وأحيانا الكي، والحجامة. فالطب العربي هو الذي ينسب إلى الأطباء العرب إبان ازدهار الحضارة العربية الإسلامية، حيث كانت ممارستهم مستندة إلى دراسة نظرية وعلمية التي تعتمد التجربة والاستنتاج، مع انطلاقة الترجمات الطبية في علوم الطب والأمراض والمداواة المفردة والمركبة.

وكانت تعقد للأطباء امتحانات للسماح لهم بممارسة مهنة العلاج، وقد صنفوا كتباً في محاربة الدجالين. وبالمقابل فإن الطب الشعبي، هو الذي يعتمد في أغلبه على العطارة أو الأعشاب، ولايوجد تقنين أو نظام يحدد ممارسة هؤلاء للعلاج.

إضافة إلى هذه الطرائق العلاجية التقليدية، فإن الزواج يعتبر علاجاً ودواء بالنسبة لبعض المرضى والمتعالجين، فمرضى الفصام والاكتئاب مثلاً يتم دفعهم للزواج من أجل تحسين صحتهم على افتراض أن أعراض الفصام أو الذهان، والاكتئاب تزول بعد الزواج(El –Islam and El – Deep 1968)....(اليحيى والجلبي،1996).

3– 2– العلاج النفسي الحديث في البلاد العربية:

يعمل المعالجون النفسيون والأطباء النفسيون في المستشفيات أو العيادات الخاصة، وعلى الرغم من أن النسبة العظمى من الذين يمارسون العلاج النفسي هم أطباء نفسيون، فإن عددهم مايزال قليلاً في مختلف البلدان العربية. أما العلاج النفسي الذي يمارسه متخصصون في علم النفس العلاجي والإكلينيكي، فإنه مايزال في أولى خطواته من حيث التخصص والمتخصصين، ومن حيث تنظيم المهنة. ففي عدد قليل من الجامعات العربية بدأت دراسة علم النفس والإرشاد النفسي على مستوى الدرجة الجامعية الأولى، وفي بعضها على مستوى الدراسات العليا (ماجستير ودكتوراه). من جهة ثانية فإن معظم المتخصصين فيه، يعملون في الجامعات، على مستوى: التدريس والبحث العلمي،، أو على مستوى عيادة نفسية أو مركز إرشادي تابع للجامعة، كما هو الحال في مصر "العيادة النفسية التابعة لجامعة عين شمس". من جهة ثانية فما يزال تنظيم مهنة العلاج النفسي، وافتتاح العيادات النفسية في مطلعه، ولم يأخذ شكله التشريعي والتنظيمي إلا في عدد محدود من البلدان العربية (كمصر ولبنان). ومع التطور التقني والعلمي، والتفجر المعرفي، وتنوع التخصصات العلمية والمهنية، ومع تزايد انتشار الاضطرابات النفسية، والمشكلات السلوكية المرافقة لهذا التطور والتغير الاجتماعي، يتوقع أن تزداد

الحاجة لتخصص العلاج النفسي والمختصين في علم النفس الإكلينيكي والصحة النفسية. وما يعبر عن هذه الحاجة، تزايد البحوث العلمية على مستوى رسائل الماجستير والدكتوراه في مجالي الصحة النفسية الإرشاد النفسي في مختلف الجامعات العربية، ومنها الجامعات السورية التي افتتحت مرحلة الدراسات العليا في مجالات: علم النفس، والصحة النفسية، والإرشاد والعلاج النفسي والتي تمنح درجة دكتوراه فلسفة Ph.D في التخصص. وبما أن هذه الخطة الدرسية تلح على تدريب الطالب على البحث العلمي، فإن معظم المتخصصين يعملون في مؤسسات حكومية أو خاصة يغلب عليها الطابع التدريسي، والإداري، والبحثي.

تسود مهنة العلاج النفسي والطبنفسي حالة من الصراع بين المختصين بالعلاج النفسي من علماء النفس الإكلينيكي والعلاجي (حاملي الدكتوراه في علم النفس العلاجي والصحة النفسية ويسمى اختصاصي نفسي إكلينيكي) من جهة، وبين الأطباء النفسيين (حاملي شهادة دراسات عليا في الطب : تخصص طب نفسي، أو دكتوراه الطب النفسي، ويسمى طبيب نفسي) من جهة ثانية، والذي يعود إلى عدة عوامل أبرزها: أن العلاج الطبنفسي هو الأكثر قابلية للاختبار والتحقق من فعاليته وفق الدراسات التجريبية والإحصائية المضبوطة، وتطور الدراسات الجينية، والفيزيولوجية والتي كشفت عن وجود عوامل عضوية في العديد من حالات الذهان، وانعدام تنظيم مهنة العلاج النفسي للمختصين الإكلينيكيين، وعجز هؤلاء عن إثبات فعاليتهم في الميدان، والذي قد يعزى إلى نقص التدريب الميداني في المؤسسات الصحية المتخصصة. هذا الصراع يمتد ليشمل ممارسة المهنة، حيث نلاحظ أن الأطباء النفسيين يحتلون الواجهة العيادية مما يتيح لهم التعالي على المختصين في علم النفس العلاجي أو الإكلينيكي. إن قلة عدد المتخصصين في الميدانين، من جهة أولى، واعتبار الاضطراب النفسي أزمة وجود من جهة ثانية، وأن العلاج الفعال يجب أن يستخدم الاتجاه متعدد الأبعاد النفسي– الدوائي– الاجتماعي وخاصة في الأمراض العقلية من جهة ثالثة، وقلة عدد المختصين العرب فيها من جهة رابعة تفرض جميعها الالتزام بالتعاون.

ففي إحدى الإحصائيات لعام 1993 تبين أن عدد الأطباء النفسيين في سورية هو 38 طبيباً نفسياً، وفي لبنان 20 طبيباً، وفي الأردن 10 أطباء، وهذا يعني أن عدد إجمالي الأطباء النفسيين في بعض الدول العربية لايتجاوز عدد العاملين في مصحة نفسية أجنبية واحدة. والأمر نفسه بالنسبة للاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين، مما يفرض ضرورة التعاون بين الطرفين. وهناك عدد من المبررات التي تفرض هذا التعاون: أهمية الاختبار النفسي والمقاييس في التشخيص، وهي مهمة الاختصاصي النفسي الإكلينيكي، وإذا كان العلاج الدوائي هو الوحيد في الذهانات، فلا بد من اقترانه بالعلاج النفسي والسلوكي، هذا العلاج الذي يعتبر الوحيد في فعاليته بالنسبة للأعصبة، إضافة إلى أن العلاج النفسي السلوكي والداعم يساعد المتعالج في تنفيذ تعليمات طبيبه. فالتعاون بينهما أمر ملح خاصة في المؤسسات التي يعمل فيها فريق متكامل من المختصين، كما هو الحال في مستشفيات الأمراض العقلية، ويمكن لهذا التعاون أن يمتد إلى العيادات ومراكز الرعاية النفسية، (النابلسي، 1996).

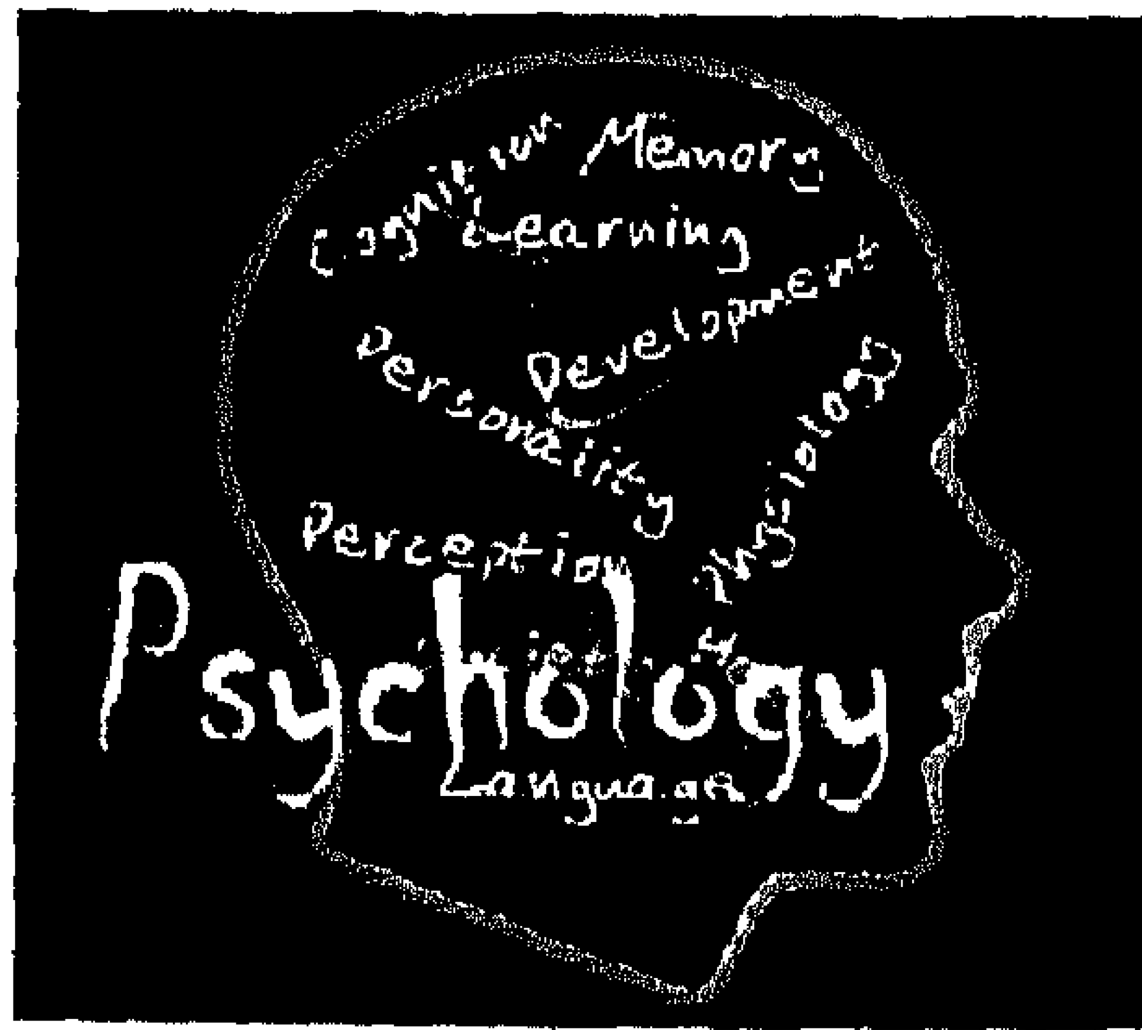
أما عن أساليب ومدارس العلاج النفسي، فإن المعالجون النفسيون الذين يمارسون مهنة العلاج في مستشفيات الأمراض العقلية، أو في مراكز الرعاية النفسية، أو في العيادات الخاصة، فإنهم يطبقون أساليب العلاج النفسي التي تنتمي إلى المدارس المختلفة: السلوكية، والمعرفية، والعلاج المتمركز حول العميل، والعلاج العقلاني الانفعالي، والعلاج باللعب، وغيرها من الطرائق. وقد اشار الجلبي واليحيى (1997)، إلى أنه مع اختلاف أساليب العلاج النفسي ومدارسه المطبقة في البلاد العربية، فإن معظمها يكون مبنياً على تصور تجريدي، حيث أن الأسلوب غير الموجه، وأسلوب التداعي الحر، والعلاج بالتبصر، كلها تصورات تجريدية، وبالتالي فإن قدرة المتعالج العربي على تفهم التصور التجريدي مهم جداً قبل أن يكون العلاج ناجحاً.

وقد تبين الممارسة الإكلينيكية في العيادات النفسية أن العلاج المعرفي cognitive therapy والعلاج المساند أو الداعم supportive therapy هما من أكثر الأساليب العلاجية استعمالاً في البلدان العربية، وأن ذلك يعود إلى أن العلاج المعرفي يأخذ شكلاً واضح الاتجاه، يكون فيه المعالج نشطاً وفعالاً، أكثر من المتعالج، ولأنه يعتمد على التوضيح، والتفسير، ودحض الأفكار اللاعقلانية، وتعديل الأفكار الخاطئة، وهذه جميعها تتفق مع ثقافة المتعالج العربي الذي يكون فيها هو متلقياً، بينما يكون المعالج فاعلاً وموجهاً. وقد تبين أن أكثر أشكال العلاج النفسي انتشاراً في مختلف البلاد العربية هي: العلاج النفسي للاضطرابات الزوجية، وعلاج اضطرابات الوظائف الجنسية، والعلاج الأسري، والعلاج الجمعي، وأساليب التحليل النفسي، وتعتبر أساليب العلاج السلوكي وخاصة الاسترخاء، والمعرفي، والعلاج التنويمي من الأساليب التي يكثر استعمالها من قبل المعالجين النفسيين العرب. وعلى الرغم من أن أساليب العلاج السلوكي لاتتم إلا بتعاون من المتعالج، وأنه لايتوقع تعاون مثمر منه، فإن أساليب العلاج السلوكي مثل: خفض الحساسية التدريجي، والتعزيز، والعلاج بالتنفير، والإغراق، مفيدة مع فئات مختلفة من المتعالجين الذين ليس لديهم فلسفة خاصة ومستويات فكرية تناسب تفهم مثل هذه الأساليب.

ومع ذلك يقوم المعالج النفسي بوضع خطة علاج سلوكي مفصلة لأشكال متنوعة من الاضطرابات النفسية وخاصة أمراض القلق. من جهة أخرى، فإن تحمس عدد من المعالجين في استخدام العلاج السلوكي في البداية، يجعلهم أقل اندفاعية لاستمرار استخدامه بسبب بعض العقبات التي تواجههم بعد رسم خطة العلاج وبالبدء بتنفيذها. لذلك يكون المعالج النفسي السلوكي حذراً جداً عند اختيار المتعالج الذي يصلح لهذا النوع أو ذاك من أساليب العلاج (الجلبي، واليحيى،1996).

# الفصل الثاني

## عالم النفس العيادي أو المعالج النفسي كشخص وكمهني محترف



# الفصل الثاني

# عالم النفس العيادي أو المعالج النفسي كشخص وكمهني محترف

- مقدمة.
- أولاً: من هو المتخصص في علم النفس العيادي أو العلاجي (الإكلينيكي)؟
- ثانياً: إعداد المعالج النفسي.
- ثالثاً: مهمات المعالج النفسي وعمله.
- رابعاً: أماكن عمل المعالج النفسي وميدان نشاطاته.
- خامساً: المعالج النفسي في موقفه من عمله.
- سادساً: المعالج النفسي واحتمال وجود اضطراب نفسي سابق لديه.
- سابعاً: العلاج النفسي للمعالج أو لعالم النفس العيادي.
- ثامناً: الخلاصة.

# الفصل الثاني
# عالم النفس العيادي أو المعالج النفسي كشخص وكمهني محترف

مقدمة:

إن من أهم الأدوات التي يجب على المعالج النفسي أن يستخدمها هي نفسه أو ذاته كشخص، أما عن إعداده وتأهيله كمتخصص وكمهني محترف فعليه أن يتعلم نظريات العلاج النفسي والشخصية بسواءها وانحرافها، إضافة على معرفته بأساليب التقييم والتشخيص، وكشف ديناميكيات السلوك البشري. وعلى الرغم من أن هذه المعرفة مهمة وأساسية إلا أنها ليست كافية بحد ذاتها لبناء علاقة علاجية فعالة، بل لابد من اجتماع صفتين أساسيتين معاً هما: ذات المعالج كشخص وإنسان (فهم الذات والدوافع والحاجات والخبرات الشخصية)، وكذلك الإعداد المهني والتخصص. إن توحد وتكامل الصفتين في المعالج كشخص وكمهني محترف أمر ضروري لنجاح سير المعالجة النفسية.

سيتناول هذا الفصل التعريف بالمعالج النفسي أو الاختصاصي الإكلينيكي، وسمات شخصيته، وإعداده النظري والمهني، وبرامج تأهيله، ومهماته، ومجالات عمله، وموقفه من عمله، وأخيراً مناقشة قضية العلاج النفسي للمعالج.

**أولاً: من هو المتخصص في علم النفس العيادي أو العلاجي (الإكلينيكي):؟**

هو الشخص المتخصص (حامل الماجستير والدكتوراه في علم النفس العيادي أو الصحة النفسية والعلاج النفسي مع خبرة لاتقل عن ثلاث سنوات في العمل العلاجي النفسي) والذي يستخدم التقنيات والأساليب والطرائق السيكولوجية (من ملاحظة، مقابلة، دراسة الحالة، تطبيق مقاييس نفسية،)، في تقييم وتشخيص الاضطرابات النفسية، ورسم خطة المعالجة وتنفيذها.

كما يتعاون مع غيره من الاختصاصيين في الفريق الإكلينيكي مثل: الطبيب، الطبيب النفسي، استشاري الطب النفسي، المرشد النفسي، الاختصاصي الاجتماعي، الممرض النفسية، كل في حدود إعداده وتدريبه، في تفاعل إيجابي بقصد فهم ديناميات شخصية العميل، وتشخيص مشكلاته، والتنبؤ بتطور حالته، ومدى استجابته لطرق العلاج لتحقيق اقصى درجة تمكنه من التوافق النفسي والاجتماعي.

لقد حددت الجمعية اللبنانية مواصفات المعالج النفسي بما يلي:

1. من حاز على ماجستير (كحد ادنى) أو ما يعادلها في علم النفس.،

- أو ان يكون حاصلاً على ما يعادل ذلك مثل دبلوم دكتور الطب.

2. أن يكون قد خضع لعلاج نفسي شخصي،
3. كما خضع لتدريب عيادي، عملي formation لمدة اربع سنوات أو 850 ساعة (وفق نظام الساعات المعتمدة).

- على أن يكون التدريب والإعداد والعلاج الشخصي مع أحد المعالجين النفسيين المعدين Formateur الحائزين على الأهلية والشروط اللازمة، وعلى أن يرتبط الإعداد بمدرسة علاجية متخصصة ومعترف بها، أو بأكثر من مدرسة علاجية.

4. من قام بممارسة عمل علاجي نفسي ميداني تحت إشراف supervision مشرف supervisor حائز على الأهلية وذلك بمعدل (250 ساعة).
5. من اعتمد مرجعية علمية ومهنية، أي من ينتمي إلى جمعية ممارسين معترف بها، وتعترف به، وتقبل ملفه كعضو فاعل فيها. بعد تأدية قسم اليمين الذي يلزم باحترام القوانين المهنية وأسرارها. (مكي،2007).

التعاون مع الفريق العلاجي ومؤسسات العمل: قد يعمل المعالج النفسي في عيادته الخاصة، ويعالج الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية في حدود إعداده وتأهيله، ولكنه قد يتعاون مع آخرين خاصة في معالجة الحالات الخطيرة كالذهانات التي تتطلب فريقاً من المتخصصين كما هو الحال في مستشفيات الأمراض النفسية. من جهة ثانية فلكي يتمكن المعالج من مساعدة جمهوره عليه أن يتعاون مع المؤسسات الاجتماعية، والصحية، والتربوية، والقضائية وإداراتها، وكيفية الاتصال بأصحاب القرارات، ومع زملائه في الفريق العلاجي بما يحقق تكامل العملية العلاجية.

**شخصية المعالج المتخصص بعلم النفس العيادي:**

ما سمات شخصية المعالج النفسي؟ يجب أن تتصف شخصية المعالج النفسي بصفات أساسية أهمها:

- الرغبة في مساعدة الآخرين.
- إقامة علاقات فعالة مع الآخرين.
- الضبط الانفعالي.
- الأمانة في ممارسة المهنة.
- المسؤولية المهنية.

**بينت بعض الدراسات ان المعالج النفسي يجب أن يتمتع بما يلي:**

1. ارتفاع مستوى الذكاء.
2. الإلمام النظري بميدان التخصص.
3. القيادة واتخاذ القرار.

مع أن بعض المعالجين – خلال فترة الدراسة والإعداد – قد تميز بمشاعر النقص، والصراع النفسي، إلا أنهم حصلوا على درجات مرتفعة في الميول الفنية والاهتمام بالناس، والنفور من العلوم الرياضية (عن إبراهيم وعسكر، 1999). ولكي ينجح المعالج النفسي في ممارسة عمله يجب أن يتمتع بما يلي:

- القدرة على تكوين علاقات إنسانية مهنية دافئة بجمهوره، ويتمتع بالتعاطف، والتفاهم، والإصغاء، والمشاركة، والتقبل.
- قدرة على اتخاذ القرار المناسب في الوقت المناسب وخاصة في مواقف غامضة أو حاسمة كما هو الحال في وقت الأزمات والصدمات النفسية.
- احترام الذات وفهمها، وتحقيق التوازن بين حاجاته الشخصية وبين متطلبات عمله. ويتطلب ذلك تحقيق الرضا الانفعالي بعيداً عن مشكلات عمله.عليه أن يعرف متى ينشط ويتحمس، ومتى ينسحب ويتراجع. يتضمن ذلك أن يعرف:

1. أن علاقته بأحد عملائه قد تجاوزت حدودها المهنية.
2. وأن حياته قد اتسمت بالقلق أو الاكتئاب، وأن يعلم أن الحياة لا تخلو منها.
3. أن يعرف أنه لا يستطيع أن يساعد أحداً لا يريد منه المساعدة.
4. إذا كان العلاج التحليلي النفسي يتطلب من المعالج أن يحلل ذاته، وأن العلاج الشخصي غير مطلوب في النظريات والطرق الأخرى، فيجب على المعالج أن يكون: واعياً بذاته، وأفعاله، وأن يجد صديقاً يبث له شكواه ويساعده في التخفيف من القلق والتوتر الذي يتعرض له.

- لقد ثبت أن المعالج الناجح هو من يخلو نسبياً من الصراعات النفسية، ولكنه لا يستطيع في نفس الوقت أن يواجه مشاعر القلق التوتر عند حدوثها.

## ما هي صفات المعالج النفسي الفعال؟

لقد أشار كوري (Corey, 2011) إلى أن المعالج النفسي الفعال هو الذي يتصف بالصفات الشخصية التالية:

- المعالج النفسي الفعال يملك هوية خاصة به. والمعالجون يعرفون من هم، ويعرفون إمكانية تطورهم، كما يعرفون ماذا يريدون من الحياة.
- المعالج الفعال يحترم نفسه ويقدرها. إنه يعطي المحبة بدافع شعوره بأهمية ذاته وقوته، حيث يشعر بنفس مستوى الكفاءة التي لدى الآخرين، ويسمح للآخرين بأن يشعروا بالقوة وهم أمامه.
- المعالج الفعال يتقبل التغيير ومنفتح عليه. حيث يبدي المعالج رغبة وشجاعة لمواجهة المخاطر والمجهول والأزمات، ويمكنه اتخاذ القرارات الهامة فيها، كما يجتهد لتحقيق التغيير المنشود.
- المعالج الفعال يواجه اختياراته نحو إثراء الحياة والتمسك بها: فه غالباً على وعي بالقرارات السابقة التي اتخذها بحق نفسه والآخرين تجاه العالم من حوله، كما يرفض أن يكون ضحية لتلك القرارات السابقة، وعلى استعداد ليقوم بعملية مراجعة حين الضرورة.
- المعالج الفعال هو شخص أصيل، مخلص وصادق لايختبئ وراء مظاهر كاذبة، أو دفاعات، أو أدوار عقيمة أو وجوه مصطنعة.
- المعالج الفعال يملك حاسة المرح والفكاهة، حيث أنه قادر على وضع أحداث الحياة وضغوطاتها تحت المجهر، وهو لا ينسى الضحك كنعمة ومعالجة.
- المعالج الفعال يرتكب أخطاء ويعترف بها، كما يحاول التخلص منها ومواجهتها، وبنفس الوقت لا يزج نفسه في حياة كلها بؤس وشقاء.
- المعالج الفعال يعيش بشكل عام حاضره، فه ليس مكبل بالماضي ولا المستقبل، فبإمكانه الدخول في تجارب الحياة ويتفاعل مع الآخرين في حاضرهم وليس في الماضي والمستقبل.

- المعالج الفعال يثمن قيمة الثقافة وأثرها، لأنه على وعي بالأساليب التي تؤثر فيها الثقافة في الأفراد، ويحترم تباين القيم التي تتبناها كل ثقافة أو مجتمع. فه حساس للفروق بين الأفراد النابعة من اختلاف الطبقات الاجتماعية، والعرق، والجنس، والانتماء.
- المعالج الفعال يحب الخير للآخرين، وهذا مبني على الاحترام والعناية، والثقة، ونظرة ايجابية نحو الآخرين.
- المعالج الفعال يمتلك مهارات تفاعل اجتماعي وتواصل فعال، حيث يمكنه الدخول في عوالم الآخرين بدون أن يفقد هويته في هذه العوالم، ويكافح لبناء علاقات مشاركة معهم.
- المعالج الفعال ينغمس في عمله ويستخلص معنى الحياة من هذا العمل.
- المعالج الفعال عاطفي وعنده الشجاعة للمضي وراء عواطفه ومتحمس للحياة ولعمله.
- المعالج الفعال قادر على الحفاظ على وضع حدود صحية له، فمع حرصه على أن يكون دوماً متواجد بكليته مع عملائه، إلا أنه لا يحمل مشكلات عملائه أينما ذهب خلال وقت فراغه، لأنه يعرف كيف يقول " لا" الأمر الذي يساعدهم بالاحتفاظ بتوازن في حياتهم الشخصية.

إن هذه الصورة لخصائص المعالجين النفسيين وسمات شخصيتهم قد تبدو للوهلة الأولى عالية السقف وصعبة المنال، أو أنها غير واقعية، فمن يمكنه أن يتمتع بكل الصفات المذكورة أعلاه؟ في الواقع، إن جميع الصفات المذكورة أعلاه لا توجد في معالج نفسي واحد، فلا يمكن النظر إليها على أنها موجودة جميعها، أو لاشيء منها، فالأفضل النظر إليها كخط متصل باعتبارها تتموضع على بعد continuum، وبالتالي فإن المعالج النفسي يقع على درجات منها. فقد تكون إحدى الصفات واضحة عند المعالج النفسي وبشكل متميز، أو أنها غير واضحة ولا متميزة وقد يحصل على درجات عالية في بعضها، بينما بعضها الآخر بدرجات متوسطة أو متدنية.

## ثانياً: إعداد المعالج النفسي:

إن الذين يختارون الصحة النفسية والعلاج النفسي كتخصص ومهنة في دراستهم الجامعية الأولى يتخصصون في علم النفس (ويقل كثيراً من يبدأ بدراسة الطب أولاً ثم ينتقل بعد ذلك إلى الدراسات النفسية كعلم النفس والإرشاد ليكون متخصصاً بالعلاج النفسي لا بالطب النفسي). وتشمل مرحلة الدراسة الجامعية الأولى (الإجازة أو البكالوريوس) دائرة معارف واسعة في العلوم النفسية وكل ما يتعلق بالإنسان وفهمه في المجتمع. من هنا يحتاج المعالج النفسي أو الإكلينيكي إلى إعداد مكثف نظري وعملي:

**الإعداد النظري:** يشمل دراسة مقررات علم النفس بفروعه المختلفة (مثل علم نفس النمو، وعلم النفس الفيزيولوجي، والإحصاء والقياس النفسي، والأمراض النفسية، وعلم النفس التجريبي وسيكولوجية التعلم وتعديل السلوك، وعلم الوراثة، وسيكولوجية المعاقين والمتفوقين، وتقنيات العلاج النفسي.، وعلم الاجتماع أو الأنثروبولوجية...الخ). هذه الدراسة النظرية في المرحلة الجامعية الأولى تعتبر أساساً ضرورياً يحمله معه الطالب حين ينتقل إلى الدراسات العليا لاستكمال التخصص في الصحة النفسية والعلاج النفسي.

الإعداد العملي: وهو الإعداد التطبيقي والتأهيل الميداني تحت إشراف أطباء نفسيين متخصصين ومعالجين نفسيين متمرسين في فنيات التشخيص والعلاج النفسي . ويكون العمل ضمن فريق متكامل يضم الطبيب النفسي واستشاري الصحة النفسية، والاختصاصي الاجتماعي، والممرضة النفسية، والمرشد النفسي، واختصاصي الخدمة الاجتماعية الطبنفسية، وكل من يعمل في مجال مهن المساعدة الإنسانية في الفريق العلاجي (مثل: اختصاصي علاج أمراض النطق، والعلاج بالعمل، واختصاصي التأهيل ..).

ويهدف هذا الإعداد إلى تمكين المعالج من نظريات العلاج النفسي وأساليبه، ومهارات التعامل مع المتعالجين الذين يعانون من اضطرابات نفسية مختلفة، ويمتلك مهارة البحث العلمي في مجال تقصي فعالية أساليب وطرائق العلاج النفسي مع تفهم السياق الاجتماعي والثقافي لها (Austad,2009).

أما مرحلة التخصص والدراسات العليا، فقد مرت مرحلة كان يكفي فيها الدراسة الجامعية الأولى لممارسة العلاج النفسي، وذلك بسبب الحروب وكثرة المشكلات والاضطرابات النفسية وقلة العاملين في الميدان (في ثلاثينيات وأربعينيات القرن العشرين)، أما المرحلة الثانية فقد اشترط دراسة أخرى تعلو المرحلة الجامعية الأولى مع تدريب خاص، كالحصول على الدبلوم أو الماجستير مع فترة تدريب متخصص. ومع التطور الملح وكثرة الدراسات زادت الحاجة لعمق التأهيل، حيث نرى في الوقت الحالي أمام مجتمعات متقدمة يكتفي بعضها بشهادة الدكتوراه مع التدريب اللازم، بينما يشترط البعض الآخر دراسة ما بعد دكتوراه-post doctorate مع تدريب متخصص ليسمح له بممارسة العلاج النفسي. أما عن نوع شهادة الدكتوراه فنرى الآن في بعض الجامعات: تيار يركز على الممارسة الإكلينيكية في إعداد المعالج وتدريبه ويمنح دكتوراه مهنية في علم النفس PsyD.، وتيار يركز على البحث العلمي والإعداد الأكاديمي ويمنح دكتوراه فلسفة في علم النفس PhD تخصص علم النفس العلاجي والصحة النفسية. والفرق بين الشهادتين، هو أن الأولى PsyD. تركز في برنامجها على التشخيص، التدريب الإكلينيكي، بينما تركز الثانية Ph.D، على البحوث العلمية في مجال العلاج النفسي. وظهر تيار مشابه في مجال العلوم التربوية وفي ميدان التربية الخاصة.

**نموذج لبرنامج إعداد المعالج النفسي (في الولايات المتحدة الأمريكية):**

ينهي طالب العلاج النفسي أو الاختصاصي الإكلينيكي عادة درجة البكالوريوس في علم النفس، تليها خمس سنوات من الدراسات العليا التي تتطلب – إلى جانب الامتياز – تدريباً على التقييم والتشخيص، والبحث العلمي، والعلاج. وغالباً ما يتوج بالسعي للحصول على دكتوراه الفلسفة في علم النفس

Ph.D من أحد أقسام علم النفس الجامعية، وأحيانا تمنح درجة الدكتوراه في علم النفس Psy.D إما من أحد أقسام علم النفس الجامعية، أو من معهد تدريبي غير تابع لجامعة. وهناك برامج تمنح درجة الماجستير بعد سنتين من الدراسة. وبسبب قوانين منح الرخص لمزاولة المهنة التي تحدد من يمكنه العمل كمعالج أو اختصاصي نفسي بشكل مستقل، فإن قلة من خريجي برامج الماجستير فقط تستطيع الاستقلال مهنياً. والعديد منهم يأمل الانتقال إلى برامج تمنح الدكتوراه فيما بعد، وينجح البعض في ذلك. إن الطلب على حاملي الماجستير اقل من الطلب على حملة الدكتوراه، كما أن أجورهم اقل، وينظر إليهم على أنهم اقل كفاءة. وطالما كان تدريب حملة الماجستير في العلاج النفسي أو علم النفس الإكلينيكي مثير للجدل فغن أبحاثهم لاتصل لمستوى حملة الدكتوراه، والرابطة الأمريكية لعلم النفس لا تقبل إلا درجة الدكتوراه فقط كمؤهل للعمل في مهنة العلاج النفسي، ويؤكد القائمين على الرابطة أن درجة الدكتوراه تعد متطلباً سابقاً لمسمى "الاختصاصي النفسي الإكلينيكي" وبأنها ضرورية لمن يريد ممارسة علم النفس بشكل مستقل. إن الذين يحملون الماجستير، يعملون في عدد من الأماكن التي تقدم خدمات نفسية خاصة في المؤسسات التربوية والاجتماعية ولإرشاد الذين يعانون من مشكلات سلوكية.

## برامج التدريب العلاجية أو الإكلينيكية Clinical Training program:

يتبع تدريب المعالج النفسي الإكلينيكي نموذج العالم – الممارس scientist–practitioner تحقيقاً لمبدأ الجمع بين دور العالم ودور الممارس، لأن الهدف من ذلك إيجاد مهنة متميزة. وبالرغم من تعرض هذا النموذج لبعض الانتقادات من أولئك الذين يكتفون بالممارسة المهنية للعلاج فقط، إلا أن معظم برامج التدريب تلح على هذا النموذج لتأكيد مهمة العلم والبحث العلمي في العلاج النفسي. والجدول التالي يبين نموذجاً لبرامج إعداد وتدريب المعالجين النفسين وفق نموج العالم – الممارس.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | السنة الثالثة | |
| السنة الأولى | الخريف<br>الإحصاء (تحليل التباين)<br>اتجاهات العلاج النفسي<br>متطلب تخصص (علم نفس اجتماعي)<br>مدخل إلى تحليل البيانات<br>رسالة ماجستير | | الخريف<br>متطلب تخصصي: بالمجال المعرفي<br>علم الأمراض النفسية التجريبي<br>أطروحة الدكتوراه<br>التدريب العملي العلاجي |
| السنة الأولى | الشتاء<br>الإحصاء (الانحدار)<br>القياس النفسي (بناء الاختبارات)<br>التقييم (تقييم الأطفال والراشدين)<br>مدخل غلى تحليل البيانات<br>رسالة الماجستير<br>التدريب العملي العلاجي | السنة الثالثة | الشتاء<br>الإحصاء (معادلة المتغيرات الكامنة والنمذجة الأساسية)<br>متطلب تخصص: بالمجال النمائي<br>أطروحة الدكتوراه<br>التدريب العملي العلاجي |
| السنة الثانية | الخريف<br>قضايا أخلاقية ومهنية في المعالجة<br>علم الأمراض النفسية<br>رسالة الماجستير<br>التدريب العملي العلاجي | السنة الرابعة | الخريف<br>متطلب خارجي:<br>الأنثربولوجيا النفسية<br>أطروحة الدكتوراه<br>تاريخ علم النفس واتجاهاته |
| السنة الثانية | الشتاء<br>متطلب تخصص: علوم عصبية<br>متطلب اختياري: سيكولوجية الأسرة والجماعة<br>رسالة ماجستير<br>التدريب العملي العلاجي | السنة الرابعة | الشتاء<br>متطلب خارجي: العنق الأسري<br>أطروحة الدكتوراه |
| | | | الخريف والشتاء<br>الامتياز الإكلينيكي (العلاجي) |
| | | السنة الخامسة | |
| ملاحظة: يتوقع من الطلاب في السنة الثالثة (شتاء) أن يتموا امتحان التأهيل | | | |

هناك عدة نقاط يجب النظر إليها حول الجدول، أولها انه ليس سوى مثال واحد، فبعض البرامج تقلل من تركيزها على البحث وتركز على التدريب والممارسة الإكلينيكية (تمنح دكتوراه Psy.D) وبعضها يركز على البحث أكثر من التدريب الإكلينيكي (وتمنح دكتوراه Ph.D). وبعض البرامج تكون محددة البناء بحيث ينهي الطالب سائر المتطلبات في 4 سنوات، وفي برامج أخرى تكون سنة الامتياز الإكلينيكي (سنة تدريب وممارسة تحت إشراف) هي السنة الرابعة قبل إتمام أطروحة الدكتوراه. وفي الولايات المتحدة فإن لكل جامعة استقلاليتها "وشخصيتها" في نوع التدريب والممارسة، فبعضها تميل إلى الاتجاه المعرفي – السلوكي، وتركز على تقنيات مثل العلاج المعرفي للاكتئاب، بينما تحتفظ برامج أخرى بالاتجاه السيكوديناميي "التحليلي" كما تركز على الأساليب الإسقاطية. من جهة أخرى فإن بعض البرامج الجامعية تركز على الأطفال، بينما تركز أخرى على الراشدين أو المسنين.

1. المواد الدراسية coursework: ينبغي على طلبة علم النفس العلاجي أو الإكلينيكي إتمام عدد من المساقات أو المقررات مثل: الإحصاء ومناهج البحث، والأسس البيولوجية والعضوية للسلوك، علم النفس الاجتماعي، علم نفس النمو، علم النفس المعرفي، علم نفس الشخصية. ويختلف عدد هذه المواد ومحتواها من برنامج لآخر. والمهم أن يلم الطالب بأساسيات السلوك الإنساني بما يسمح له بالبحث العلمي وكذلك التدريب الإكلينيكي العلاجي بما يبعث الحيوية في تحقيق نموذج العالم – الممارس. كما يقوم طلبة علم النفس العلاجي أو الإكلينيكي بالتسجيل في مساقات ومقررات تدرس أسس الممارسة الإكلينيكية العلاجية حيث تتعامل مع مقررات ذات طابع إكلينيكي مثل: الأمراض النفسية، اتجاهات العلاج النفسي، مبادئ ومهارات التدخل العلاجي المعرفي والسلوكي، إضافة إلى حلقات بحث وسيمينارات حول الفصام، أو العلاج الأسري، أو الجمعي، أو التقييم النفسي العصبي...الخ.

2. العمل والتدريب الميداني practicum work: على الرغم من أهمية دراسة المساقات أو المقررات التدريسية إلا أن التعلم من خلال الممارسة أمر لا غنى عنه. فجميع البرامج تسعى لبناء المهارات العلاجية للطلاب من خلال إخضاعهم للممارسة الإكلينيكية العلاجية. وتعرف القواميس مصطلح "الممارسة practicum" على انه "العمل الذي يقوم به الطالب المتقدم بحيث يشمل التطبيق العملي للنظريات التي تمت دراستها سابقاً". فالعمل الميداني يشمل الجانب الأكاديمي النظري مع الخبرة العملية. فهو يتضمن عادة: التقييم (تقييم الذكاء والقدرات، وقياس الشخصية، والتقييم النفسي العصبي...الخ)، والعلاج (تقنيات المعالجة السيكودينامية، العلاج المعرفي السلوكي، العلاج الظاهراتي والوجودي..الخ)، والمقابلة وأساليب تقديم الاستشارات النفسية لمختلف المؤسسات الاجتماعية والتربوية والصناعية. من جهة أخرى فإن معظم أقسام علم النفس التي لديها برامج تدريب إكلينيكي تدير عيادات نفسية خاصة بها أيضاً، بحيث تقدم خدمات عديدة (أهمها التقييم والتشخيص، والإرشاد، والعلاج) للطلبة الجامعيين وللعاملين في الجامعة وأسرهم ولأفراد المجتمع المحلي، إلا أن بعضها الآخر لديه برامج تدريب تدير مراكز إرشاد نفسي كما في معظم الجامعات العربية.

3. البحث research :يتطلب نموذج العالم – الممارس من الطالب أن يطور مهاراته في البحث العلمي وخاصة من خلال دراسته مقررات الإحصاء ومناهج البحث العلمي، والمشاركة في مشاريع البحث. وتتفاوت الجامعات من حيث مدى التزامها بنموذج العالم – الممارس في الإعداد والتدريب، فبعضها يركز على تدريب الطالب على البحث العلمي، وتقدم جوائز للمتفوقين بها، فمعظم الأقسام تتطلب إتمام الماجستير (بحث) في نهاية السنة الثانية. كما تتطلب أطروحة دكتوراه (dissertation) تتضمن إنجاز بحثاً علمياً أصيلا ومتميزاً (في نهاية السنة الرابعة أو الخامسة). بينما تكون رسالة الماجستير مصممة بحيث تقدم بحث جديد ومهم في المجال العلاجي الإكلينيكي (تتبع المنهج الإكلينيكي)، فإن البرامج تشدد على أن تكون أطروحة الدكتوراه بحثاً تجريبياً أو ارتباطياً (تتبع المنهج التجريبي أو الوصفي الارتباطي).

4. امتحان التأهيل The qualifying examination: تتطلب معظم البرامج العلاجية من الدارسين أن يجتازوا امتحان التأهيل، وهو ما يسمى بالامتحان التمهيدي أو الشامل. ومهما كانت التسمية، فإن هذا الامتحان من أكثر الخبرات إثارة للقلق أثناء التدريب. وتتنوع أشكال هذا الامتحان بتنوع الجامعات، ففي بعضها يتم إجراء ثلاثة امتحانات كتابية على مدى أسبوع، يستغرق كل منها أربع ساعات، بينما في جامعات أخرى، يتم توزيع خمسة امتحانات على مدى الأسبوع، في حين تتطلب جامعات أخرى امتحاناً شفهياً أيضاً إضافة إلى الكتابي. وفي بعض البرامج تغطي هذه الامتحانات جميع ميادين علم النفس، في حين تقتصر بعضها على علم النفس الإكلينيكي أو العلاجي. وتلعب امتحانات التأهيل دوراً مهماً في التأكيد على الكفاءة العامة للطالب. لابد من الإشارة إلى أن هناك قلة من البرامج التي تضع بدائل "مبتكرة" عن "امتحان التأهيل"، كأن يتقدم الطلبة بطلب الموافقة على إجراء بحث علمي، أو دمج عدد من المراجعات للأبحاث في مجال معين من مجالات علم النفس الإكلينيكي (مثل أسباب الفصام).

5. الامتياز The internship: يعتبر الامتياز جزء حيوي من أي برنامج تدريبي، وهو الجزء الختامي لكل طالب في الممارسة الإكلينيكية العلاجية، وتزوده بخبرات مهمة ليكون عالماً – ممارساً. ويعتبر الامتياز متطلب جامعي ضروري لجميع الطلبة وفق الرابطة الأمريكية لعلماء النفس. وقد يحصل طالب الدكتوراه على الامتياز من الجامعة نفسها، أو من مراكز متخصصة خارج الجامعة. وقد يكون من مراكز للإرشاد النفسي في الجامعة، أو من كليات الطب. ولفترة الامتياز كممارسة إكلينيكية علاجية ميزات عدة أهمها، أنها تتيح للطالب فرصة دوام كامل في العمل المهني، والحصول على خبرة صقل مهاراته، واكتساب مهارات جديدة. كما أن الامتياز يوفر للطالب المتدرب فرصة الحصول على أفكار واقعية عن متطلبات الحياة المهنية للعلاج النفسي، والتعرف على معالجين يحملون أفكاراً وتوجهات تختلف عن تلك التي حصل عليها من مدرسيه، مما يوسع من أفق الطالب. من جهة أخرى يتيح له الامتياز أن يختلط مع مختلف أنواع العملاء (المتعالجين) الذين يعانون من اضطرابات نفسية مختلفة، وهذا يزيد من كفاءته وخبرته العملية والبحثية. (Trull,2005).

## ثالثاً: مهمات المعالج النفسي وعمله:

عادة ما نواجه بالسؤال التالي: ما عمل المعالج النفسي أو الإكلينيكي، وما هي وظائفه؟

يمارس المعالج النفسي عمله في المستشفى أو في عيادة خارجية ملحقة به، أو في مركز طبي ملحق بمؤسسة اجتماعية مثل مؤسسة إصلاح الأحداث، وفي مثل هذه الحالات فإنه يعمل بالتعاون مع فريق طبي يقدم الخدمات الصحية للعملاء. ولكن المعالج النفسي قد يعمل عيادته الخاصة، ويمارس العلاج النفسي معتمداً الأساليب والطرائق العلاجية النفسية والسلوكية في معالجة الحالات التي يواجهها. إن ممارسة المعالج النفسي لعمله يتحدد بثلاثة حدود هي: دراسته، وإعداده، وتدريبه. فبالنسبة لحدود الدراسة إنه درس علم النفس (ولم يدرس الطب) ثم تخصص في العلاج النفسي والصحة النفسية، وبالتالي يكون قد درس أسس السلوك الإنساني وخاصة النفسية والاجتماعية، بينما لم يتعمق في الأسس العضوية وتشرح الجسم والجهاز العصبي والحواس والغدد مقارنة بالطبيب النفسي مثلاً. وبذلك يكون قد درس أساليب التقييم والتشخيص والاضطرابات النفسية وطرائق العلاج النفسي وخاصة السلوكية والمعرفية بدلاً من التركيز على العلاج الدوائي الذي يكون من اختصاص الطبيب النفسي. والثاني حدود الإعداد، حيث يوجد متخصصون آخرون يستخدمون طرائق العلاج النفسي في عملهم وخاصة الطبيب النفسي، الذي له حدود عمله الواسعة التي تزيد مسؤولياتها ونطاقها عما هو مرسوم للمعالج النفسي، وبينهم المرشد النفسي، والمتخصص في الخدمة الاجتماعية، وغيرهم ممن يكون عملهم مرتبطاً بالمعالجة النفسية أو مشتقاً عنها. والثالث حدود التدريب، فقد تدرب المعالج النفسي على الاهتمام بالاضطرابات النفسية التي يستطيع التعامل معها. فاهتمام المعالج النفسي يكون بالاضطرابات العصابية (قلق، اكتئاب، وساوس، مخاوف، اضطراب الشدة بعد الصدمة النفسية) ومشكلات سلوكية مثل العدوان، والسرقة، والغيرة، وضعف التحصيل... الخ، بينما يكون اهتمامه بالاضطرابات النفسية الشديدة كالذهان والإدمان بالتعاون مع فريق علاجي متكامل. ضمن هذه الحدود يكون الحديث عن عمل المعالج النفسي ومهماته (Austad,2009).

لقد أجريت العديد من الدراسات بين عامي 1973 و 1995 وقد تضمنت كل واحدة منها عينة عشوائية من الاختصاصيين والمعالجين النفسيين المنتسبين لشعبة علم النفس الإكلينيكي أو العلاجي (الشعبة 12) التابعة للرابطة النفسية الأمريكية (APA) حيث قام جارفيلد وكورتز (Garfild&Kurtz,1976) بفحص أكثر من 800 استبانة تم جمعها عام 1973، بينما قام نوركروس وبروكاسكا (Norcross & Prochaska,1982) بدراسة حوالي 500 استبانة تم جمعها عام 1981، كما قام نوركروس وبروكاسكا مرة ثانية عام (1995) بجمع استبانات 546 معالج نفسي إكلينيكي، كما قام نوركروس مرة ثالثة في عام (2003) باستطلاع آراء 695 معالج نفسي ويبين الجدول التالي نتائج هذه الدراسات:

| النشاط أو العمل | نسبة القائمين به | | متوسط النسبة للزمن المستغرق فيه | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1996 | 2003 | 1973 | 1981 | 1995 | 2003 |
| العلاج النفسي | 84 | 80 | 31 | 35 | 37 | 43 |
| التشخيص والتقييم | 74 | 65 | 10 | 13 | 15 | 15 |
| التدريس | 50 | 49 | 14 | 12 | 9 | 10 |
| الإشراف الإكلينيكي | 62 | 50 | 8 | 8 | 7 | 6 |
| البحوث العلمية | 47 | 51 | 7 | 8 | 10 | 7 |
| تقديم الاستشارات | 54 | 47 | 5 | 7 | 8 | 8 |
| الإدارة | 52 | 53 | 13 | 14 | 12 | 13 |

يتبين من الجدول أن العلاج النفسي (ممارسة المعالجة النفسية) هو النشاط والعمل الأكثر شيوعاً لدى العاملين بالعلاج النفسي أو المختصين الإكلينيكيين وهو الذي يشغل معظم وقتهم في جميع الاستفتاءات بين عامي 1973– 2003، كما يستمر التشخيص والتقييم النشاطين الأساسيين، في حين تزايد نشاط وإجراء البحوث النفسية عبر السنين (ليشغل حوالي 14٪ من نشاط وعمل المعالجين النفسيين عام 2003). ومن الضروري ملاحظة أن هناك من المعالجين والاختصاصيين الإكلينيكيين من لا ينشر بحثاً أو ورقة عمل واحدة.

ويبقى التدريس نشاطاً وعملاً شائعاً لديهم. أما الإدارة فقد ظل الوقت المخصص لها ثابتاً.

1. البحث العلمي:

لقد انبثق علم النفس العلاجي من تقاليد البحث الأكاديمي، وقد تم تبني نموذج العالم – الممارس scientist – practitioner في إعداد برامج التدريب الإكلينيكية لأول مرة بعد الحرب العالمية الثانية. فجميع الإكلينيكيون أو المعالجون النفسيون مدربون ليكونوا ممارسين لمهنة العلاج وعلماء باحثين في الوقت نفسه، وذلك عكس العاملين في مجالات أخرى كالطب النفسي أو الخدمة الاجتماعية الطبنفسية . وعلى الرغم من أن البحث لا يحظى بمكانة مهمة كالتي كان يتمتع بها سابقاً في بعض برامج التدريب، إلا الحقيقة تبقى أن المعالجين النفسيين في وضع فريد من نوعه: فهم قادرون على تقييم الأبحاث العلمية للآخرين، إضافة إلى إجراء بحوثهم الخاصة. وبفضل تدريبهم على القيام بالبحث العلمين وخبرتهم الواسعة فيما يسبب الضيق والمعاناة، ومعرفتهم بالعلاج والتقييم، فإن المعالجين لديهم من القدرات ما يمكنهم من استيعاب المعلومات الجديدة والقيام بمثلها بالوقت نفسه. وتتنوع مجالات البحوث العلمية التي يقوم بها المعالجون النفسيون لتشمل مجالات الاضطرابات النفسية وفعالية طرائق العلاج النفسي، وبحوث الشخصية. ويقوم المعالج النفسي بإجراء البحوث العلمية المتعلقة بالمشكلات الإكلينيكية مثل:

- إجراء التجارب السلوكية للتحقق من فروض تتعلق بالاضطرابات النفسية.
- التحقق من الفروض عن الاضطرابات النفسية على الأفراد والجماعات السوية والمرضية.
- تقصي عوامل الاضطرابات النفسية، ونسبة انتشارها.
- الكشف عن مؤشرات الحكم على العلاج.

- التحقق من فعالية البرامج العلاجية التي تتبع المدارس المختلفة. (Msckay,1975)
- إن الجامعات التي تمنح دكتوراه فلسفة (Ph.D) في علم النفس (تخصص علم النفس العلاجي) تركز في إعدادها ومقرراتها على البحث العلمي في إعداد المرشح لهذه الدرجة، كما يلاحظ من وجود مقررات وتدريب مكثف في مجالات أصول البحث العلمي، والإحصاء، واستخدام الحاسب، والقياس النفسي.

2. الجانب التطبيقي:

2 – 1 العلاج النفسي: يتبين من الجدول السابق أن ممارسة العلاج النفسي هو أول وأهم الأنشطة التي يمارسها المختص بالعلاج النفسي حيث يستغرق معظم وقته وجهده. والعلاج – وفقاً للصورة النمطية الشائعة لدى الناس العاديين – هو موقف مؤلف من شخص (عميل) يستلقي على أريكة بينما يجلس المعالج وراءه بحاجبيه المقطبين حاملاً دفتراً ملاحظاته. إلا أن العلاج له عدة أساليب وأشكال وأحجام، وغالباً ما يجلس المعالج وجهاً لوجه مع العميل المتعالج، وقلة من المعالجين من يستخدمون الأريكة. إن العلاقة العلاجية هي علاقة وجهاً لوجه في معظم الأحيان وخاصة مع أشكال العلاج الزواجي، والأسري، والجمعي، والروجرزي والمعرفي. فممارسة العلاج هو أهم وأبرز نشاط في عمل الاختصاصي الإكلينيكي أو المعالج النفسي والذي ترسخ بعد الحرب العالمية الثانية بسبب الحاجة المتزايدة لعمله، وكذلك الأمر في العصر الحالي حيث تزداد نسبة انتشار الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية مع قلة عدد الأطباء النفسيين. ويستخدم المعالج النفسي الإكلينيكي مختلف تقنيات العلاج النفسي مثل: العلاج المتمركز حول العميل، والعلاج المباشر، والجمعي، والعلاج الجشتالطي، والعلاج بالواقع، والعقلاني الانفعالي، والعلاج العمل، وباللعب، والسيكودراما والمساهمة في العلاج التكاملي متعدد الاتجاهات البيولوجي– النفسي– الاجتماعي/البيوسيكوسوشيال Biosychosocial كما في ميداني: علم النفس الصحي Health psychology، وعلم النفس الطبي Medical psychology.

2 – 2 – التقييم والتشخيص: إن جميع الاختصاصيين الإكلينيكيين أو المعالجين النفسيين الذين يمارسون العلاج النفسي يقومون بالتقييم والتشخيص كما في الحالات التالية: طفل يرسب في الصف الخامس ويتم إخضاعه لاختبار الذكاء لمعرفة نسبة ذكائه، والعميل الذي يعاني الاكتئاب حيث يطبق عليه اختبارات الشخصية، الأب الذي يسيء معاملة ابنهن حيث يطبق عليه عدة اختبارات لتقييم شخصيته ومعرفة ماإذا كان يعاني من اضطراب نفسي.

إن جميع هذه الحالات ينطوي على قاسم مشترك هو الوصول إلى فهم أفضل وأشمل للفرد موضوع التقييم، بما يضمن سلامة القرار واختيارنا للسلوكيات التكيفية البديلة. فالتقييم سواء تم بالملاحظة، أم بالمقابلة أم بالاختبار أم بدراسة الحالة فجميعها وسائل جمع بيانات ومعلومات تتيح لنا تقييم ما إذا كان لدى الفرد مشكلة. من هنا نقول إن من أهم أعمال المختص بالعلاج النفسي هو تشخيص الأمراض النفسية باستخدام المقاييس النفسية المقننة والملاحظة، والمقابلة ودراسة الحالة. وإجراء تقييم شامل للشخصية للتعرف على مظاهر المرض، وأسبابه، ومساره المستقبلي. من هنا يفضل البعض استخدام مصطلح تقييم تشخيصي للحالة أو التقدير assessment بدلاً من مصطلح تشخيص Diagnosis .

2 – 3 – الاستشارة : تهدف الاستشارة إلى زيادة فعالية الأفراد الذين تتجه الجهود بهم على درجة من الخبرة والمهارة، حيث تأخذ الاستشارة عدة اشكال. مثلاً قد يقوم احد زملاء الاختصاصي الإكلينيكي والمعالج النفسي باستشارته حول بعض الصعوبات التي يواجهها في علاج حالة ما، وقد تتم هذه الاستشارة مرة واحدة مع شخص واحد يحتاج إلى مساعدة تتعلق بحالة واحدة محددة، ولكن في أحيان أخرى يتم تكليف المعالج والأخصائي الإكلينيكي بتقديم المساعدة لفريق عامل في مؤسسة بشكل دائم، كما هو الحال مع حالات الإدمان،

وقد يطلب من المعالج النفسي مناقشة مشكلات عامة ترتبط بالإدمان على المخدرات، أو الإدمان على الإنترنت. من جهة ثالثة قد تسعى أقسام الشرطة لاستشارة المعالج النفسي الإكلينيكي في بعض حالات الإجرام أو جنوح الأحداث أو بعض المحتجزين. من هنا فإن دور المتخصص بالعلاج النفسي هنا هو تقديم الاستشارة النصح بأشكال ومواقع مختلفة، أهمها مساهمته في تقديم نوعين من الاستشارات: الأولى تقديم استشارات ونصائح تتعلق بالحالة المرضية (كأن يقدم نصائح لاختصاصيين آخرين تتعلق بالحالة المرضية النفسية للعميل)، والثانية استشارة تتعلق بتصميم الخطط العلاجية وتنفيذها وتقييمها.

2 – 4 – العمل الوقائي: تقديم برامج واستشارات وقائية بدرجاتها الثلاث: وقاية أولية، ووقاية ثانوية، ووقاية من الدرجة الثالثة. ويساهم المعالج النفسي في وضع برامج الوقاية النفسية للمترددين على العيادات الملحقة بالمستشفيات أو في المستشفيات نفسها، وخاصة بالنسبة للمرضى الذين يعانون أمراضاً مثل السكري، القرحة، الربو، أو حالات الإدمان وغيرها. إضافة إلى برامج الوقاية النفسية للمهيئين للإصابة بالاضطرابات النفسية مثل المصابين باضطرابات الشخصية: الشخصية الحدية، الشخصية الوسواسية، الشخصية الاكتئابية، الشخصية التجنبية، الشخصية الذهانية والفصامية، الشخصية الهيستيرية، والشخصية النرجسية. فهذه الأنماط من الشخصية مهيئة للإصابة بكل شكل من أشكال الاضطرابات النفسية التي تحمل صفاتها، من هنا تلعب البرامج الوقائية دوراً مهماً في منع حدوث مثل هذه الاضطرابات لدى أصحابها العملاء المترددين على العيادات، أو المستشفى، أو العيادات الخارجية الملحقة بالمستشفى.

## رابعاً: أماكن عمل المعالج النفسي وميدان نشاطاته:

بعد أن تعرفنا على عمل ووظائف المختص بالعلاج النفسي، نأتي للسؤال الثاني: ما هو ميدان عمل المعالج النفسي/ أو مكان عمله؟ لقد أجريت دراسات مسحية بين عامي 1973 و 2003 لتقصي أمكان عمل المعالجين النفسيين، والجدول التالي يبين نتائج هذه الاستقصاءات :

| مكان العمل | 1973 % | 1981 % | 1995 % | 2003 |
|---|---|---|---|---|
| مستشفيات الأمراض العقلية | 8 | 8 | 4 | 3 |
| المستشفيات العامة | 6 | 8 | 4 | 3 |
| العيادات الخارجية | 5 | 5 | 4 | 4 |
| مراكز الصحة النفسية | 8 | 6 | 4 | 3 |
| المعاهد الطبية | 8 | 7 | 9 | 8 |
| العيادات الخاصة | 23 | 31 | 40 | 39 |
| الجامعات: اقسام علم النفس | 22 | 17 | 15 | 18 |
| الجامعات : اقسام أخرى | 7 | 5 | 4 | 4 |
| المراكز الطبية للجنود | — | — | 3 | 3 |
| أخرى | 1 | 12 | 11 | 15 |

يتبين من الجدول أن العمل في العيادات الخاصة قد نما في الولايات المتحدة الأمريكية باضطراد على مر السنين، وأصبح الآن من أكثر ميادين العمل للمعالجين النفسيين يليها العمل في الجامعات، ثم في المعاهد الطبية.كما تبين من دراسة نوركروس ورفاقه (Trull,2005) أن 59٪ من المعالجين النفسيين المتفرغين للعمل في الجامعات يعملون أيضاً بدوام جزئي في العيادات الخاصة والإشراف. ويمكننا القول إن أماكن عمل المعالجين النفسيين تتركز في الميادين التالية:

1. في العيادات النفسية الداخلية والخارجية، والعيادات المدرسية، والعسكرية.
2. مستشفيات الصحة النفسية.
3. مراكز الإرشاد والعلاج النفسي بالجامعات.

4. مراكز التوجيه والإرشاد التربوي والمهني في المؤسسات التربوية والاجتماعية.
5. المؤسسات الإصلاحية: كالسجون، ومعاهد إصلاح الأحداث، ومراكز علاج المدمنين.
6. في مجال العمل والعمال في المصانع والمؤسسات الإنتاجية متعددة الأشكال.
7. معاهد المعاقين بأشكالها المختلفة، ومراكز المتفوقين .
8. مراكز العلاج الأسري، ورعاية الطفولة.

هذا هو جمهور المعالج النفسي: الأطفال والمراهقين، الراشدين والمسنين. الأسوياء والمضطربين، المدمنين والمساجين، المعاقين والمتفوقين، العمال، والجنود، والموظفون، العزاب والمتزوجون، الفنانون والعلماء والباحثون.... إنه الإنسان أينما وجد، وكيفما كان طالما أنه يعيش ويبحث عن معنى لحياته، ويسعى المعالج لأن يجعل لحياة الإنسان معنى، بما يدعم صحته النفسية.ويكون عمله موجهاً بناحيتين: الأولى، موجه نحو المضطربين نفسياً والذين يعانون من أشكال من السلوك المضطرب (مخاوف، قلق، اكتئاب، وساوس، صعوبات تعلم...) حيث يطبق المنهج العلاجي treatment approach، وبرامج المعالجة لتعديل هذا السلوك ودفعه نحو السواء بما يحقق لصاحبه التكيف السوي. والثانية، موجه في عمله، نحو الأسوياء عموماً والذين يتم إكسابهم مهارات الحياة، ورفع مستوى صحتهم النفسية وتكيفهم إلى درجات أعلى، إنه يطبق عليهم المنهج الوقائي preventing approach لمنع حدوث عوامل الاضطراب لديهم، المنهج الداعم أو النمائي developmental approach لرفع مستوى صحتهم النفسية، ودعم سلوكهم السوي.

إن اتساع مجالات عمل المعالج النفسي جاء مصاحباً لاتساع دوره حيث لا يقتصر على المشكلات السلوكية والأمراض النفسية، بل امتد ليشمل أي ميدان يوجد فيه اهتمام بالقدرات البشرية وتنميتها نحو مزيد من الكفاية والفعالية والجودة، منها التركيز في العديد من مجالات عمل المعالج النفسي على تقييم القدرات وبنائها، وإكساب الأفراد مهارات إدارة الذات self – management، واتخاذ القرارات decision making وحل المشكلات problem solving. (Trull,2005).

## خامساً: المعالج النفسي في موقفه من عمله:

حين يمارس المعالج النفسي عمله فإنه يواجه العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية، كما يتحمل مسؤوليات كبيرة متعددة الجوانب، وتكون ضرورية لنجاحه في مهمته. ويحدد الرفاعي (1982) أربع ملاحظات حول موقف المعالج النفسي من عمله:

**الأولى:** على المعالج النفسي أن يتذكر أنه يساعد الآخرين من خلال مهنة تخصصية اختارها لنفسه، وأنه يجب أن ينمو مهنياً من خلال الخبرة والتعلم المستمرين، هذا النمو يتطلب منه متابعة المستجدات، خاصة وأنها تتطور بسرعة كبيرة، والاستفادة من الخبرات، ومزيد من الإطلاع، وإلا سيبقى في متحف التراث النفسي.

**الثانية:** إن المعالج النفسي خبير يساعد الآخرين من خلال الاختصاص الذي اختاره، ولكنه يعرف في الوقت نفسه بأنه لا يستطيع أن يأتي بالمعجزات، وأنه ليس بإمكانه تقديم وعود لا يمكنه تحقيقها، فهناك شروط وظروف معينة قد تعيق عمله، وأنه يبذل جهده في جميع الحالات.

**الثالثة:** إن المعالج النفسي خبير يهتم بالحالات الفردية، لأن كل عميل هو حالة فردية ومتميزة في التكوين الشخصي، وأن ماقراه وتعلمه أثناء الإعداد والتأهيل لايكفي لمواجهة الحالات الفردية المتميزة التي يواجهها، وبالتالي يتطلب منه مهارة في فهم مثل هذه الحالات وتمرساً في تطبيق ماتعلمه لكل حالة خاصة، من هنا تبرز عملية العلاج النفسي كفن تعكس قدرة المعالج على الجمع بين المعرفة والخبرة من جهة والتطبيق والمرونة من جهة ثانية لفهم كل حالة وفق شروطها الخاصة حتى يصل إلى أفضل الحلول. لا، مبدأ أساسي يصغه المعالج نصب عينه يقول "لايوجد وصفة عامة في العلاج النفسي".

الرابعة: على المعالج النفسي المتمرس أن يعمل تدريجياً على تكوين أسلوبه الخاص والمتميز في مواجهة الحالات والاضطرابات المختلفة التي يهتم بها ويعالجها، بحيث أن معرفته وخبرته المستمرة تساعده في تكوين مثل هذا الأسلوب. الممارسة والخبرة تجعله يتجه لتبني اتجاه معين يغلب عليه ممارسته في العلاج، مثل: الاتجاه السلوكي، الاتجاه المعرفي، الاتجاه الروجري، العلاج بالمعنى، التحليلي. أو غيرها (ابراهيم وعسكر، 1999، عباس، 1983).

وانطلاقاً من هذه الملاحظات الأربع يمكن النظر إلى موقف المعالج النفسي من عمله في عدد من الجوانب:

1. موقف المعالج النفسي من العميل (المضطرب نفسياً): فالمضطرب نفسياً هو العميل أو الزبون أي الشخص الذي قدم إليه طالباً المساعدة والمعالجة (نسمي هذا الشخص الذي يطلب المساعدة والمعالجة باسم: العميل client أو الزبون، أو المتعالج، أو المضطرب، أو المفحوص، ونادراً ماتسميه المريض). ويجب أن يكون لدى المعالج مستوى مناسب من القدرة والمهارة في فهم الآخرين واحترامهم، وأن يكون لديه مستوى مناسب من الاهتمام بالآخرين كأناس يتطلب منه عدم استغلالهم بأي شكل من أشكال الاستغلال المادي أو المعنوي. إن المطلوب منه معاملة المضطرب نفسياً باحترام وتقدير، من خلال الاستقبال الحسن وزرع الألفة والمودة للعميل بما يخلق لديه الشعور بالطمأنينه. من جهة ثانية لا يجوز للمعالج النفسي أن يستغل مكانته ونفوذه لأغراض خاصة، وعليه أن يكون بعيداً عن الاتصال بأسرة العميل المضطرب من أجل أية غاية أخرى غير رعاية العميل المضطرب وخدمته.
2. موقف المعالج النفسي من نفسه: يتعلق هذا الجانب بموقف المعالج النفسي من ذاته أي من قدراته، وميوله، ودوافعه، وإمكاناته، فينتظر منه أن يكون على وعي وفهم كامل لذاته، وتقدير مناسب لما هو عليه دون مبالغة أو تبخيس. من جهة ثانية يجب على المعالج أن يكون على وعي وفهم بدوافعه وحاجاته وما يدعوه للعمل والاستمرار فيه. إن هذا الفهم والتقدير المناسب للذات يعتبر قاعدة

أساسية لنجاح المعالج في عمله وتفاعله مع الآخرين، ومنهم العملاء الذين يأتون إليه طلباً للمساعدة، خاصة إذا عرفنا أن المعالج يسعى لأن يساعد العميل على فهم ذاته وقدراته وإمكاناته وأن يقدرها التقدير المناسب.

3. موقف المعالج النفسي من علمه وعمله: إن المعالج النفسي قد مر بمرحلة إعداد وتأهيل خلال دراسته، ولكن تأهيله وتدريبه السابقين لم ينطويا على مواجهة حالات محدودة وقليلة،فقد يواجه باضطرابات ومشكلات سلوكية لم يتعامل معها أو يواجهها سابقاً، ويجب عليه أن يكون على وعي ودراية بمقدار علمه وخبرته دون مغالاة، لأن كل حالة جديدة يواجهها ستساعده على مزيد من نموه المهني، ومزيد من التعلم والخبرة، فعلمه عمله وتدريبه، جميعها في تطور ونمو مستمرين ويجب أن يكون على وعي بحدود الطرفين. إن الاختصاص الذي اختاره لا يصنع المعجزات، ويجب على المعالج أن يعرف حدود المساعدة التي يمكنه أن يقدمها.

4. موقف المعالج النفسي من المجتمع: ينتمي المعالج النفسي إلى مجتمع يعيش فيه ويعمل ضمنه، وبالتالي يجب أن يكون مسؤولاً تجاه المجتمع من عدة جوانب. إنه من جهة أولى، يعمل في مهنة لها مكانتها في المجتمع، وعليه الحفاظ على مكانة هذه المهنة، بحيث لا يسيء إلى رأي الآخرين فيها، كما أنه من جهة ثانية يعمل ضمن مجتمع له شروط، وثقافة وأنماط سلوك تسوده، وعليه أن يكون على فهم ووعي بهذه الشروط العامة والخاصة التي تسود مؤسسات المجتمع المختلفة. من جهة ثالثة يجب على المعالج أن يسهم في خدمة المجتمع وتطوره بشكل عام، وألا يقوم بأي عمل فيه إساءة وأذى للآخرين في سمعتهم ومكانتهم الاجتماعية.

5. موقف المعالج النفسي من السلطات: لكل مهنة ضوابط يحددها القانون ليحمي العاملين بها من جهة، وليحمي الآخرين الذين تمسهم تلك المهنة من جهة ثانية. والمعالج النفسي يمارس مهنة تخضع لقوانين وضوابط، تحدد علاقة المعالج النفسي بالسلطات في المجتمع. فقد يأتيه مضطرب نفسياً خالف القانون، وقد تحيل إليه السلطة متهماً بجرم أو حدث جانح، ويتطلع بذلك على معلومات هامة تتعلق بالجرم والجنوح. وحين تهتم السلطات بمعرفة

شؤون المتهم بالجريمة أو الجنوح يجب على المعالج النفسي أن ينفذ ما تتطلبه منه مسؤولياته باتجاهين: الأول مسؤوليته تجاه السلطة والمجتمع من جهة، ومسؤوليته تجاه الشخص الذي وثق فيه (العميل) من جهة ثانية، وعليه أن يوازن بين ما يجب أن يطلع السلطات عليه، وما يجب أن يبقى سراً خاصاً بالمتعالج. من هنا عليه أن يقدم المعلومات في حدود هذه الاتجاهات ووفق ما تسمح به الأنظمة وبما يخدم السلطة فقط مع الحفاظ على سرية المعلومات الخاصة التي لا لزوم البوح بها.

**سادساً: المعالج النفسي واحتمال وجود اضطراب نفسي سابق لديه:**

يتساءل الكثيرون – حين الحديث عن العلاج النفسي – حول مسألة إمكانية أن يكون المعالج النفسي قد تعرض لاضطراب نفسي في السابق، وأنه قد عولج منه. ويتم طرح مثل هذه القضية على الشكل التالي: "إذا عرفنا عن طالب تقدم للدراسة والتخصص في العلاج النفسي والصحة النفسية، أنه قد أصيب باضطراب نفسي وأنه عولج منه، فهل نسمح له بمتابعة هذه الدراسة أم نحوله إلى دراسة أو تخصص آخر؟".

قبل الإجابة عن هذا التساؤل، لابد من الإشارة إلى أن دراسة تاريخ الصحة النفسية والعلاج النفسي، ورواد هذا التخصص يبين لنا أن أحد أهم رواد هذا تخصص الصحة النفسية هو كليفورد بيرز GliffordBeers قد عانى من اضطرابات نفسية شديدة، كما تردد على عدد من المستشفيات العقلية طلباً للمعالجة. ولكن ذلك لم يمنعه من أن يؤلف في ميدان الصحة النفسية كتاباً مهماً هو " العقل الذي وجد ذاته" والذي قاد إلى تطور حركة الصحة النفسية والعلاج النفسي، مما فتح المجال واسعاً أمام الدراسة الجامعية والمتخصصة في هذا الميدان.

نعود إلى الإجابة عن التساؤل الذي طرحناه، في الواقع يوجد اتجاهان:

الأول: يقول أنه لا مانع من السماح لمثل هذا الطالب أو الشخص من متابعة دراسة الصحة النفسية والعلاج النفسي إذا تم التأكد من أن الدراسة لن تساعد في عودة الاضطراب القديم لديه. ويعتمد هذا الاتجاه على عدة نقاط في الدفاع عن موقفه، منها: أن الاضطراب القديم قد حدث وانتهى، وأن الذي يعاني شخصياً من مشكلة نفسية يكون أقدر على فهم هذه المشكلة حين تقع في شخص آخر، ويقول علماء التربية: " إن الخبرة الشخصية أفضل أشكال التعلم". والنقطة الثالثة أن الدراسة تساعد على بناء سد وتكوين يقف حائلاً دون عودة الاضطراب القديم بسبب الوعي وزيادة الفهم العلمي عند هذا الشخص. والنقطة الرابعة التي يستند إليها أصحاب هذا الاتجاه، هي أن من حق كل شخص يحمل القدرات والإمكانات العقلية من متابعة دراسة العلاج النفسي حتى لو كان تاريخه السابق يشير إلى وجود مثل هذه الاضطرابات النفسية طالما أنه قد زال وذلك تحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص.

الثاني: يقول أصحاب هذا الاتجاه، لا يجوز لأولئك الذين أصيبوا باضطرابات نفسية في السابق من دراسة العلاج النفسي والتخصص فيه كمهنة، وأن هناك عدة نقاط يتم الاستناد إليها في حجتهم، الأولى أن هذا التخصص يقود العامل فيه إلى أن يتعرف على العديد من الحالات والاضطرابات النفسية الجديدة مما يهيئ له فرصة عودة الاضطراب السابق لديه، والثانية أن ممارسة مثل هؤلاء لمهنة العلاج النفسي، هو أن تكون خبرتهم الشخصية (معاناتهم السابقة وطريقة معالجتها) قوية بحيث تجعل فهمهم حالات الاضطراب التي تعرض عليهم في المستقبل متحيزاً من حيث التشخيص، ومن حيث المعالجة. مثلاً القلق العصابي أو الاكتئاب، يقولون إن أصحاب الخبرة يمكن في المستقبل (حين يصبح متخصصاً) أن يتأثر في نظرته للقلق العصابي أو الاكتئاب عند العميل، بالقلق العصابي أو الاكتئاب الذي سبق وعانى منه، وأن يجعل من نظرته هذه مسيطرة عليه في تشخيصه الجديد وفي معالجته للحالة أمامه.والنقطة الثالثة في حجتهم، هي أن هذا الشخص قد عولج وشفي باستخدام طريقة خاصة أو أسلوب علاجي معين

(كالطريقة السلوكية، او المعرفية مثلاً) مما يجعله أكثر ميلاً لاستخدام نفس الطريقة في الحالة أمامه حين يصبح معالجاً، وبذلك يكون قد تحيز في طريقة العلاج، مما ليس في مصلحة العميل. والنقطة الرابعة التي يذكرها هؤلاء هي أن مسألة بيرز يجب ألا نأخذها مقياساً تقاس في جميع الحالات. فقد قاد بيرز حركة الصحة النفسية، ولكن المتخصص في العلاج النفسي الآن، يتصل وهو طالب بعدد كبير من الحالات والاضطرابات النفسية التي يمكن أن تنطوي على مخاطر إذا كان هو في السابق قد مر على اضطرابات من نوعها (الرفاعي، 1982).

يبدو من خلال هذين الاتجاهين أن لكل منهما رأي مخالف للآخر، وأن أصحاب كل اتجاه يسوق حجج تؤيد وجهة نظر وتعارض أصحاب الاتجاه الآخر. ويمكن أن نحل هذه المسألة من خلال اتخاذ موقف علمي يتمثل في إجراء اختبار وتقييم للشخص بهدف معرفة قدراته، والتعرف على ما بقي لديه من آثار الاضطراب السابق، وكشف مدى قابليته للتأثر بالاضطرابات لاحقاً. إن إجراء مثل هذا الفحص والتقييم النفسي باستخدام الاختبارات والمقاييس النفسية (كاختبارات القدرات، ومقاييس الشخصية ومنها الإسقاطية) تساعدنا في وضع صفحة نفسية أو بروفيل نفسي. وإذا بدا منها ما يدل على إمكانية حدوث خطر يمسه أو يمس من سيعالجهم في المستقبل، فإننا نميل عندئذ إلى توجيه هذا الشخص غلى دراسة تخصص آخر غير الصحة النفسية والعلاج النفسي.

سابعاً: العلاج النفسي للمعالج أو لعالم النفس العيادي:

هل يجب أن يخضع المعالج النفسي للعلاج النفسي قبل التحاقه بعمله؟ إن من أبرز القضايا التي أثيرت حول إعداد المعالج النفسي هو السؤال عما إذا كان من الأفضل أن يخضع المعالج نفسه إلى علاج نفسي قبل ممارسته عمله. يرى كوري Corey (2011) أن من الأفضل أن يخضع المعالج النفسي إلى علاج نفسي لفترة من الوقت، وأن التجربة قد أثبتت فعالية ذلك وصحة هذه النظرة، لأن هذا يتيح سبر غور الذات، مما يزيد من وعي المعالج لنفسه.

إن الغالبية العظمى من خبراء الصحة النفسية والمعالجون النفسيون قد خضعوا لتجربة علاج نفسي شخصي في أوقات مختلفة. وعند مراجعة الدراسات حول العلاج النفسي للمعالجين النفسيين، نقرأ أن 90٪ من خبراء الصحة النفسية والعلاج النفسي قد عبروا عن الرضا عن هذه التجربة وعن النتائج الايجابية التي شعروا بها. وقد أشار نوركسوس وزملاؤه إلى أن 85٪ من المعالجين الذي خضعوا للعلاج النفسي قد استفادوا بشكل ملموس من العلاج، وأن 78٪ كان لهذه الخبرة اثر ايجابي في تطورهم ونموهم المهني.

يقترح أورلنسكي وزملاؤه (2005) بأن علاج المعالج النفسي يساهم في عمل المعالج من ثلاث طرائق:

1. بالنسبة إلى تدريب المعالج النفسي، فإن العلاج الشخصي للمعالج النفسي يقدم نموذجاً لعمل معالج خبير ويتعلم بالتجربة ما هو مفيد وغير مفيد في الممارسة العلاجية الإكلينيكية.
2. إن الفائدة التي يجنيها المعالج من خلال العلاج الشخصي له من شأنه أن تغني مهارات التفاعل التي تعتبر ضرورية للممارسة العلاجية بمهارة عالية وبفعالية.
3. إن نجاح تجربة علاج المعالج النفسي نفسه قد تساهم في قدرته على التكيف مع الضغوطات المرتبطة بالمعالجة النفسية، وبعملية العلاج.

خلال خمس وعشرون سنة من الدراسات حول علاج المعالج النفسي، قام نوركروس 02005) بجمع تقارير شخصية عن نتائج تجربة العلاج، فوجد أنها أعطت نتائج ايجابية في مناطق عديدة شملت تقدير الذات، جودة العمل، الحياة الاجتماعية، التعبير عن الانفعالات والمشاعر، الصراعات الداخلية، وكذلك تخفيف شدة الخبرات والضغوطات في الحياة.

أما عن الدروس التي استخلصها المعالجون النفسيون من تجربة العلاج النفسي الذاتي لهم، تبين أنها ترتبط بقوة بالعلاقات الاجتماعية وبديناميكية العملية العلاجية، مثل تسهيل عملية: الدفء، والتعاطف الوجداني، وتعلم كيفية معالجة عملية التحويل، والنقل، ومنعه Transference and counter transference، وفي اكتساب صفة الصبر. إن العلاج الشخصي للمعالج ليس هو الهدف النهائي بذاته، ولكنه وسيلة لمساعدة المعالج ليصبح أكثر فعالية في الممارسة.

إن فرص كشف خفايا الذات أو الشخصية يمكن أن تساعد المعالج النفسي أثناء التدريب لمعرفة دوافعه، إضافة إلى كشف دوافع اختياره لهذه المهنة. إن فحص قيم المعالج، وحاجاته، ودوافعه، وخبراته الشخصية قد تكون وراء رغبته في اختيار العلاج النفسي كمهنة لمساعدة الآخرين. فالمعالج يتدخل في حياة الآخرين ويسعى لتحسينها. إن خبرة العلاج النفسي الذاتي له تعتبر جزءاً أساسياً لتطور شخصيته ولنموه المهني.

يرى بالوم (2003) أن تجربة العلاج الشخصي للمعالج النفسي هي أهم جزء من برامج الإعداد والتأهيل، وأنه ليس هناك أفضل من أن يتحول المعالج من معالج نفسي إلى مريض نفسي يطلب العلاج، وأن هذه التجربة مهمة من فترة إلى أخرى لأن " تحليل الذات عملية تمتد طيلة الحياة، وأنصح أن يكون العلاج الشخصي للمعالج عميقاً وطويلاً بقدر الإمكان، وان يدخل المعالج في علاج نفسه في مختلف مراحل حياته"، (Austad,2009). وتلح العديد من أنظمة العلاج النفسي العالمية على ضرورة خضوع المعالج النفسي للعلاج الذاتي كشرط أساسي يضاف إلى التدريب السريري، حتى يمارس مهنة العلاج.

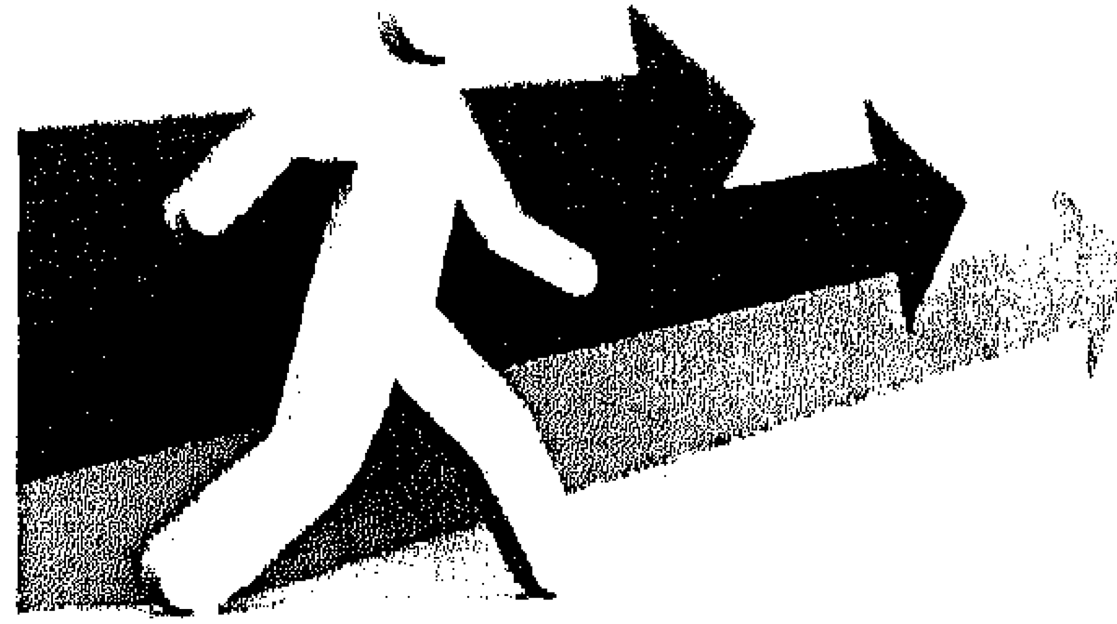
## ثامناً: الخلاصة:

يقتضي العلاج النفسي معالجاً نفسياً يعتبر طرفاً مهماً في العلاقة العلاجية، ويجب أن يتمتع بسمات شخصية مهمة، وهناك مجموعة من الصفات التي تجعله فعالاً وماهراً في ممارسته الإكلينيكية من أهمها: الرغبة في مساعدة الآخرين، إقامة علاقات فعالة مع الآخرين، الضبط الانفعالي، الأمانة في ممارسة المهنة، المسؤولية المهنية، وارتفاع مستوى الذكاء، وهذا لا يتأتى إلا من الإعداد النظري والعملي في ميدان التخصص. وهناك عدداً من البرامج التأهيلية لإعداد المعالجين النفسين في مختلف الجامعات العالمية، بعضها يشدد على المعالج الباحث وبعضها على المعالج الممارس والإكلينيكي. ويمارس معظم المعالجين عملهم في ميدان التدريس بالجامعات، أو مراكز البحث العلمين وبعضهم الآخر في العمل العلاجي في المستشفيات أو العيادات النفسية الخاصة، والمؤسسات الاجتماعية والتربوية. ويشتمل عمل المعالج عموماً على مهمات التقييم والتشخيص، والتدخل العلاجي، والبحث العلمي والتدريس، إضافة إلى برامج الوقاية. ويرتبط بهذه المهمات موقف المعالج من نفسه، ومن المتعالج، ومن المؤسسات والمجتمع الذي يعمل فيه. كما تطرح قضية العلاج النفسي للمعالج إشكالية مهمة تتعلق بدوره وقدرته على ممارسة مهماته، وأن خضوعه للعلاج النفسي أمر ضروري كما أثبتتها العديد من التجارب وكما يلح عدد من المتخصصين، خاصة إذا كان يعاني من مشكلات واضطرابات نفسية.

# الفصل الثالث



## سيكولوجية العميل المضطرب
## وفقاً لمرحلة النمو



# الفصل الثالث

# سيكولوجية العميل المضطرب وفقاً لمرحلة النمو

- مقدمة.
- أولاً: الاضطراب ومراحل النمو.
- ثانياً: سيكولوجية الطفل المضطرب.
- ثالثاً: تصنيف السلوك التعاوني للأطفال.
- رابعاً: أسباب السلوكيات اللاتكيفية لدى الأطفال.
- خامساً: سيكولوجية المضطرب أو العميل المسن.

# الفصل الثالث
# سيكولوجية العميل المضطرب وفقاً لمرحلة النمو

مقدمة:

يمر الفرد خلال حياته بمراحل نمائية متعددة : الجنيني، الطفولة، المراهقة، الرشد، والشيخوخة، ولكل مرحلة من هذه المراحل خصائصها الجسمية، والنفسية، والعقلية، والاجتماعية الخاصة بها والتي تميزها عن غيرها من المراحل الأخرى، وبما أن الاختصاصي في علم النفس العيادي والعلاج النفسي يتعامل مع شخص لها صفاته الشخصية المميزة والمتفردة، فإنه لابد من له من معرفة السمات النفسية والعقلية للمريض أو العميل وفقاً لمرحلة النمو التي يمر بها.

أولاً: الاضطراب ومراحل النمو:

1. مرحلة الرضاعة:

يمكن للطفل أن يتحمل فراق أمه (أو بديلها الذي يقدم له الرعاية)، حتى الشهر التاسع من عمره. ومن الناحية النفسية يمكن القول أن هذه المرحلة هي السن النموذجي للدخول إلى المستشفى وإجراء عمليات جراحية، وهناك عدة عوامل تؤثر في مثل هذه القرارات، منها: أن الطريقة التي يخبر بها الطفل عن المعالجة الطبية لم تفهم جيداً بعد، كما أن تأثير مثل هذه القرارات عليه لم يتحدد بدقة. ووفقاً لأريكسون، تعتبر مرحلة الرضاعة مرحلة تتكون فيها مشاعر الثقة \عدم الثقة، وفي هذه المرحلة العمرية لاتوجد لدى الطفل مفاهيم دقيقة يمكن من خلالها التعبير عن الحاجات، لذلك فالأحداث المؤلمة كالعمليات الجراحية والصدمات البدنية لايمكن للطفل تذكرها لاحقاً، لأنه غير قادر على التواصل والتعبير عن مشاعره باستثناء البكاء طبعاً. فهذه الخبرات تبقى لاشعورية لديه، وفي سنوات العمر اللاحقة يمكن لهذه المشاعر والخبرات الضاغطة أن تظهر بحيث تخلق أعراضاً مرضية جسمية أو نفسية لدى المريض.

2. مرحلة ما قبل المدرسة:

بعد الشهر التاسع تظهر أهمية الدعم الذي يتلقاه الطفل من والدته (أو القائم على رعايته)، كما يظهر قلق الانفصال عن الأم بوضوح في سن الثالثة، ويبدأ هذا القلق بالانحسار تدريجياً في سن السابعة والثامنة.

ففي السنتين الأوليتين من الحياة، يكون الأطفال اتكاليون على والديهم، لا يعرفون لماذا لا يستطيعون تخفيف الألم والانزعاج عنهم. قد يستعمل الأطفال الأكبر سناً آلية الإسقاط، وقد يلومون والديهم أو أي من الراشدين المحيطين بهم، على أنهم سبب مرضهم. غن ردود الفعل الانفعالي (الاستجابة الانفعالية) الأولية التي تظهر لديهم هي الغضب. وإذا لم يفهم الوالدين سبب هذه الاستجابات والسلوكيات الانفعالية، فإنهم يتصرفون بحماقة، ويشعر الطفل حينها بأنه مهمل أو مرفوض.

ينفصل الأطفال عن والديهم حين دخولهم المستشفى، ولهذا الانفصال آثار خطيرة على نموهم الانفعالي، أبرزها قلق الانفصال والاتكالية. ويشعر الأطفال أن غياب الوالدين يمثل تجاهلاً لهم. فالقلق والاكتئاب يجعل الأطفال المرضى يشعرون بالخوف من عدم وجود من يعتمدون عليهم في تلبية احتياجاتهم، وحمايتهم أو أنهم لن يرونهم ثانية.

قد لا يخبر الأهل طفلهم بأنه سيدخل المستشفى، ومن ثم يفاجأ الطفل بالابتعاد عن والديه وأخوته، وأنه دخل إلى المستشفى باعتبارها بيئة جديدة تمثل تقييداً لحرية وحركته. ولمنع الطفل من البكاء، قد يخبر الأهل الطفل بأنه سيعود إلى المنزل ثانية وبأقرب فرصة، وهذا مايخلق عدم ثقة معهم، وخاصة إذا طالت مدة مكوثه في المستشفى.

وحين إعداد الطفل المريض لزيارة الطبيب أو المستشفى، يجب إخباره عن الأشياء والمواقف التي سيمر بها ويعيشها هناك، وكذلك النتائج المتوقعة والمحتملة من وراء ذلك. وحين يتم إخبار الطفل بذلك، فيجب على الوالدين إتباع طريقة مبسطة وسهلة تخفف من قلق الطفل وخوفه.فقد يقوم الطبيب بإخبار والدي الطفل بالآثار والنتائج السلبية أو المزعجة التي قد تحدث، ويتم إعلام الطفل بذلك، مثلاً "الآن ستشعر بوخز الإبرة، وستتناول الحقنة" ويمكن أن يعلمه بأن الدواء الذي سيأخذه سيخفف من الألم الذي يعانيه.

إضافة إلى الصعوبات المرتبطة بالانفصال عن الوالدين، يتصف الأطفال بين سني (1–3) بالحركة والنشاط، ولا يفضلون البيئة التي تقيد حركتهم ونشاطهم (كالمستشفى) والاهتمام بحرية الحركة والنشاط يقل بعد السابعة من العمر، كما أن لغتهم لم تتطور بعد بالدرجة التي تشجعهم على التواصل،قبل سن المدرسة، ورغم ذلك فإنهم يتذكرون خبراتهم تلك.

تعتبر مرحلة الطفولة الأولى، المرحلة التي يتحدى فيها الطفل مشاعر الخجل والشك، ويطور مشاعر الذاتية والاستقلالية. فالتدريب على الإخراج الذي يحدث في هذه المرحلة، يلعب دوراً مهماً في تطوير هذا السعي والكفاح. فهل سيصبح الطفل مريضاً، وهل مرضه خطير؟. إن التدريب على الإخراج قد يتداخل مع حالة المرض، ويتأثر بنشاطه وسلوكه مع المحيطين به وخاصة والدته.

بعد سن الثالثة، يصبح الأطفال أكثر وعياً بأنفسهم وبيئتهم، وكذلك بأجسامهم ووظائف أعضاء الجسم، ومثل هذا الفهم يجعلهم أكثر عرضة للخوف من التعرض للأذى والمرض، مما يخلق لديهم حالة من سوء التكيف الانفعالي. ففي هذه السنوات يبدأ الأطفال بالتواصل، ولكن فهم الواقع لم يصل مستواه بعد، فهناك خيالات وتوهمات مرتبطة بالخوف من أذى الجسم، ولذلك ففن التواصل مع الطفل وإخباره بما يحدث له دور مهم في خفض حدة الخوف والقلق.

فالثقة أمر مهم، وعلى الراشدين عدم تقديم وعود للطفل بأشياء لا يمكنهم التأكد منها، أو غير واثقين منها.

يؤكد بعض علماء النفس أن قلق الانفصال عن الوالدين، والمشاعر المرتبطة بإمكانية تعرضه لمخاطر الإصابة والمرض، قد ترتبط بشدة باهتمام الطفل بجسمه وانشغاله به في هذه المرحلة العمرية. وتستمر هذه المخاوف حتى مرحلة الرشد، فالأطفال بين سني (3– 6) يسيطر على خيالهم خوف من بتر أحد أعضاء الجسم، وبما أن الأطباء والفريق التمريض لا يخبرون الأطفال مباشرة بذلك، فإن هذه المخاوف تزداد، مما يساعد في نشوء حالة تبدد الشخصية depersonalization.

3. المرحلة الابتدائية من 7– 12:

في المرحلة المبكرة من المدرسة الابتدائية، يتميز تفكير الأطفال بالحسية والواقعية، ويفسرون المرض بطريقة بسيطة، حيث يعزونه إلى ذواتهم، وقد يلومون أنفسهم لأنهم تناولوا طعاماً غير مناسباً. ومع نمو الوعي والأنا الأعلى لديهم، فإنهم يفسرون المرض "كعقاب لأنهم سيئون" ومن أبرز ردود الفعل والاستجابات الانفعالية التي تظهر لدى الأطفال هو الغضب الذي يوجه إلى الآخرين، وخاصة الوالدين والطبيب، كما يلومون أنفسهم على ماحصل. ومع تقدمهم بالعمر، يصبحون أقدر على فهم الواقع والتعامل معه بموضوعية، حيث يميلون إلى التعامل مع القلق من خلال اتباع آلية دفاعية تسمى التبرير أو العقلنة rationalization ففي هذه المرحلة العمرية يحتاج الطفل إلى المعلومات الواضحة، والواقعية.

كما أن التفسيرات العيانية والواقعية تزيد من فهمه وثقته بمسببات المرض. وفي هذه المرحلة المبكرة من المدرسة الابتدائية، يمكن للأطفال تحمل المرض وآثاره بدرجة أفضل من المرحلة التالية من نموهم. ومع ذلك فإنهم بحاجة إلى الدعم المناسب والإعداد الجيد، فقد يتحملون الانفصال عن الأم أو الوالدين مقارنة بمرحلة النمو السابقة. فالأطفال في هذه المرحلة اقدر على استخدام التبرير أو العقلنة كآلية دفاعية في التعامل مع المرض ومواجهته، كما أن القلق لديهم يتم تفسيره في ضوء وقائع وأحداث خبرها الطفل نفسه.

4. البلوغ والمراهقة:

مع بدء البلوغ تتعقد ردود الفعل والاستجابات الانفعالية التي تصدر عن الطفل، والسؤال يسيطر على ذهن المراهق هو "لماذا أنا؟" حيث يبدأ بالظهور، فبعضهم قد يشعرون بالأسى والأسف ويعزون المرض إلى أنفسهم، أو يفسرونها تفسيرات غيبية دينية وفلسفية، وقد تسيطر على أذهانهم هذه الأفكار والتفسيرات كطريقة للتعامل مع المرض.

إن سعي المراهق لتكوين هويته الذاتية وفلسفته الخاصة بالحياة، وتقبله من قبل الآخرين، جميعها ذات أهمية كبيرة في هذه المرحلة، فحين يصبح المراهق مريضاً يشعر بعدم الكفاءة، وضعف قدرته على السيطرة والتحكم. فتقدير الذات الذي تشكل من خلال تعزيز الأقران له، قد يتعرض للخلل والتأثر، فبعض المراهقين قد يستخدمون آلية "النكران" Denial بدرجة متطرفة حيث يرفضون أنهم مرضى، وبعضهم الآخر قد ينغمس في ممارسة سلوكيات تؤثر سلباً على صحتهم مثل تناول المشروبات الغازية أو الروحية، وممارسة أنشطة تؤذي الصحة. أما عن طريقة التعامل مع هذه المشكلات فإنها تعتمد بدرجة كبيرة على ردود فعل المراهق حيال الآخرين وتفاعلهم معه.

فالمراهقون قد يعانون من القلق من فقدان قدرتهم على السيطرة والتحكم الذاتي، وحين يعانون من مرض ما وخاصة إذا كان مرضاً خطيراً، فقد تظهر لديهم حالات نكوص regression فيصبح المراهق أكثر اتكالية على الآخرين وخاصة والديه ويسلك سلوكاً طفولياً، وقد ينسحب من البيئة الاجتماعية ويسيطر عليه الحزن الشديد. ونتيجة لذلك سيتأثر أدائه وتحصيله الدراسي، كما ستتأثر علاقاته الاجتماعية سلباً، مما يدفعه للغياب عن المدرسة. من جهة أخرى فإن أنشطته الاجتماعية قد تتناقص، ويسيطر عليه العزلة والشعور بالوحدة.

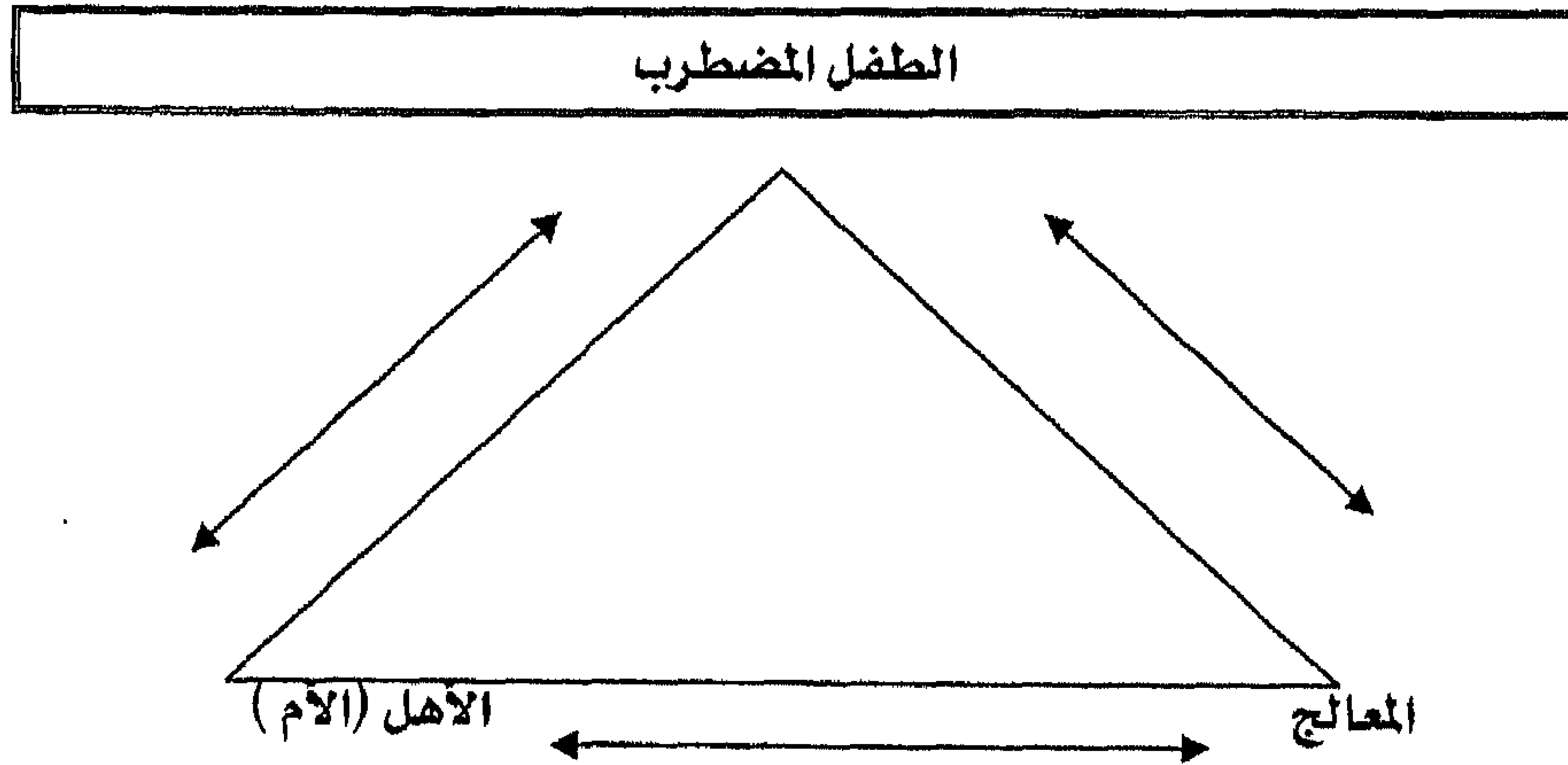
بالنسبة للمرض المزمن فقد يقوي من اعتماد المريض على الآخرين، ويقود إلى ظهور انفعال الغضب الذي يظهر على شكل سلوكيات واقعية في محيطه باعتباره يخضع للكثير من الممنوعات في حياته اليومية.فالمريض المراهق الذي يعاني من السكري منذ طفولته، قد تظهر لديه حاجة قوية إلى الاعتمادية أو الاتكالية، وقد لايتجاوز مرحلة الاعتمادية إلى مرحلة الاستقلال، والانفصال، والتفرد او الاعتماد على الذات، مما ينكس مباشرة على أدائه الوظيفي المستقل في حياته اليومية المعتادة.

## ثانياً: سيكولوجية الطفل المضطرب:

كثيراً ما يتعامل الطبيب، تعاملاً خاطئاً، مع طفل يعاني من مرض جسمي، ويظهر لديه سوء التكيف أو يعاني من مشكلات سلوكية ونفسية، وقد يطبق تقنية علاجية غير نموذجية معه، مما يقود إلى مشكلات أكثر تعقيداً في الحالة.من هنا يجب على الطبيب المعالج أن يتعرف على سمات شخصية الطفل المريض، وأن يزيل مصادر الخوف، ويزرع الثقة المتبادلة قبل تطبيق تقنيات العلاج الطبي.

تجدر الإشارة إلى أن مصادر الخوف، والقلق التي يعانيها "الطفل المريض" متنوعة: فقد تأتي من الطبيب المعالج نفسه، وقد تأتي من المنزل قبل وصوله إلى العيادة أو المستشفى،،، أو من المستشفى، وما يحتويه من مكونات وأدوات. فحين يكون الطبيب هو السبب الرئيسي في مشكلات الأطفال المرضى، ومن طريقة استقباله للطفل، و تواصله اللفظي وغير اللفظي معه، يجب أن يخصص وقتاً كافياً لاستقباله، بطريقة تضفي المودة والألفة لديه. أما بالنسبة للعيادة أو المستشفى، فيجب تعريفه بجو العيادة أو المركز الطبي،وبالفريق العامل فيه بما يتناسب مع عمره.

وحين نتحدث عن العلاقة التكيفية والمطاوعة اللازمة لنجاح العلاج الطبي، لابد من اعتماد نموذج المثلث العلاجي الطبي الذي وضعه العلامة رايت Wright. وبالرغم من أن هذا النموذج قد صمم في مجال العيادة السنية (وطب الأسنان) إلا أنه طبق وعمم في مجال الرعاية والعلاج الطبي عموماً. والشكل رقم (1) يوضح هذا النموذج. ويبدو منه أن موضع الطفل هو في قمة المثلث لأنه محط أنظار كل من والديه ومن الطبيب المعالج، ويبين هذا المثلث نقطة الخلاف الرئيسية بين معالجة الأطفال والراشدين أو الطاعنين في السن.




الشكل رقم (1) المثلث العلاجي للعلامة رايت

يتبين من الشكل (1) أن موقع الطفل في قمة المثلث، فهو محط أنظار كل من والديه والطبيب. ويبين أيضاً، الفرق الأساسي بين معالجة الأطفال ومعالجة البالغين أو المتقدمين في السن. حيث تتضمن معالجة البالغين عادة علاقة شخص مع شخص آخر هي (المريض البالغ– الطبيب المعالج)، في حين تركز معالجة الطفل على علاقة شخص مع شخصين هي (الطبيب – الطفل المريض والأهل). والعلاقة بين أركان المثلث دينامية، لأنها في تغير مستمر، كما أن طبيعة هذه العلاقة متغيرة باستمرار بين الأطراف الثلاث. والأسهم المرسومة بين كل طرفين من أطراف العلاقة، إنما تعبر عن أن الاتصال تبادلي بينهما، أي أن كل منهما يؤثر ويتأثر في الآخر، ونحن أمام تغذية راجعة تبادلية يقدمها كل طرف من الأطراف الثلاثة أثناء عملية التفاعل.

ماهي السلوكيات اللاتوافقية (أو التي تعبر عن سوء التكيف) التي يظهرها الطفل المريض في تعامله مع البيئة الاجتماعية التي يتفاعل معها؟ هناك الكثير من أشكال سوء التكيف التي تظهر لدى الطفل المريض، وهي في معظمها متعلمة و مكتسبة، قائمة على خطأ في التنشئة الاجتماعية والمعاملة من قبل الوالدين أو المدرسة، أو البيئة الاجتماعية المحيطة كالأقران. وتبدو هذه السلوكيات واضحة في العيادة أو المستشفى أو المركز الطبي الذي يترد عليه الطفل المريض.

**ثالثاً: تصنيف السلوك التعاوني للأطفال:**

يعتبر تصنيف عالم النفس فرانكل من أهم تصانيف السلوك التعاوني لدى الأطفال، حيث قسم هذا السلوك إلى أربعة أصناف تتراوح بين السلوك الإيجابي الواضح إلى السلوك السلبي الواضح، وهذه الأصناف هي:

1) الصنف السلبي الواضح ورمزه (— — ): ويتصف بالسمات السلوكية التالية: رفض الذهاب إلى العيادة أو المستشفى، ورفض المعالجة، البكاء الشديد، التيهج والاستثارة، المقاومة الشديدة للمعالجة، رفض العلاج، عدم الالتزام بتعليمات الطبيب، عدم متابعة الدواء .
2) الصنف السلبي ورمزه (—): ويتميز بالصفات السلوكية التالية: التردد في قبول المعالجة، عدم التعاون، تجنب الاتصال بصرياً مع الطبيب المعالج، عدم التعاون مع الممرضات.
3) الصنف الإيجابي ويرمز به بـ (+): ويتميز بالصفات السلوكية التالية: يقبل المعالجة الطبية بحذر، متعاون بدرجة بسيطة، يتقبل تعليمات الطبيب وينفذ الخطة العلاجية بدرجة نسبية.
4) الصنف الإيجابي الواضح، ويرمز له بـ (+ +): وصفاته السلوكية: يقيم علاقة ودية مع الطبيب، متعاون، ينفذ التعليمات الطبية وخطة المعالجة، يظهر البهجة والاسترخاء بالمعالجة، ويهتم باستكمال العلاج حتى غايته.

أما العلامة رايت Wright فقد صنف الأطفال إلى ثلاثة فئات على مستوى العمل العيادي الطبي، هذه الأصناف هي:

1) الطفل المتعاون: ويظهر استجابات تعاونية أثناء المعالجة شريطة أن ينجح الطبيب في تبديد مخاوف الطفل واتجاهاته السلبية عن العيادة والعلاج، وحين يطبق معه المقاربة المضعفة (المبددة) لاستجابات الخوف والقلق والتي يرمز لها بـ T. S. D. وتمثل الأحرف الأولى لـ (Tell–Show–Do)، أي اخبر الطفل (T) وقل له باختصار عن الإجراءات التي ستطبق عليه، ثم اعرض له (S) وأطلعه عليها بصريا وعملياً، ثم اجعل المجهول معلوماً (D).

2) الطفل الذي تنقصه القدرة على التعاون: وهذه الفئة من الأطفال المرضى يصعب تكوين تواصل معهم، ويظهرون مشكلات سلوكية معقدة ومتنوعة، وخاصة في المعالجة الطبية السنية. وتشمل هذه المجموعة الأطفال المعوقون الذين تحول إعاقتهم من أن يتعاونوا مع الطبيب، ومن الصعب تغيير سلوكياتهم السلبية أو غير التعاونية.

3) الطفل الذي لديه قدرة كامنة على التعاون: وهؤلاء هم الأطفال وذوو المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية، عن لديهم قدرة على التعاون ولكن مشكلاتهم السلوكية تحول دون إظهارها والتعبير عنها في العيادة. ويمكن تعديل سلوك هؤلاء الأطفال إذا ما اتبع الطبيب تقنيات تعديل السلوك من إطفاء، وخفض حساسية منظم، وكف بالنقيض، وتعزيز، وتشكيل سلوك..الخ.

إن هذه الأصناف الثلاث الرئيسية من سلوكيات الأطفال في الميدان الطبي والتي تعبر عن مشكلات سلوكية تعيق ممارسة العلاج، قد سميت بالسلوك غير المنضبط، وسلوك التحدي، والسلوك الخجول، والسلوك التعاوني المشوب بالحذر والتوتر، وسلوك النحيب.

1) فالسلوك غير المنضبط uncontrolled behavior وهو الذي يظهر لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3– 6 سنوات، وفي الزيارات الأولى للطبيب عادة. يتسم سلوك الطفل بالبكاء، والغضب، والرفض الذي يكون كلامياً أو جسدياً، ويعبر عن خوف وقلق شديدين.

2) سلوك المتحدي challengable behavior يظهر في كل الأعمار تقريباً وهو من سمات تأكيد الذات والاستقلالية. ويتظاهر هذا السلوك برفض تعليمات الطبيب وعدم تنفيذها، وظهور توتر عضلي يقاوم العلاج. أما في المراهقة فيعبر المراهق عن رفضه شفهياً، ولكنه لا يلبث أن يتقبل المعالجة.

3) سلوك الخجول Shying behavior يظهر الطفل مطاوعة ظاهرية بالمعالجة، ولكنه في أعماق نفسه لا يقدر على تقبلها، وحين يمارس عليه الضغط يرتبك ويظهر سلوكاً عشوائياً يصعب السيطرة عليه. ومن أسباب هذا السلوك الخجول: الأسرة التي تقدم للطفل حماية زائدة، أو نشأ في بيئة منعزلة، ويعاني من خوف من الغرباء.عادة لا يستوعب هؤلاء الأطفال إرشادات الطبيب بسبب قلقهم المرتفع، لذلك على المعالج أن يكرر عليهم تعليماتهم باستمرار.

4) السلوك التعاوني المشوب بالتوتر والضغط النفسي Stressful behavior: يتميز هؤلاء الأطفال بتقبل المعالجة ولكن بتوتر وعدم طمأنينة. وقد يتظاهر بأعراض جسمية كتبدل نبرة الصوت، وحركات الجسم، والتوتر العضلي، والرجفة.

5) سلوك النحيب أو الأنين: ويمكن التغلب على هذا السلوك من خلال تطبيق طريقة تشتيت الانتباه، وشرح خطوات العلاج الطبي. وقد يلجأ إلى الأنين الأطفال الذين لديهم قدرة كامنة على التعاون. ويعتبر الأنين نوع من البكاء التعويضي لأنه ليس بكاء حقيقياً وإنما يصدره الطفل ليحجب من خلاله المثيرات الصوتية، وهي طريقة للتعبير عن موقف غير سار لديه.

رابعاً: أسباب السلوكيات اللاتكيفية لدى الأطفال:

1) الهيمنة المتسلطة المفرطة: فالمعاملة التسلطية التي تهدف إلى تعليم الطفل الانصياع للأوامر والنواهي بهدف ضبط سلوكه داخل البيت وخارجه تضعف نمو الاستقلالية لديه، كما تضعف ثقته بنفسه، وتغرس مشاعر الذنب والدونية لديه. ونتيجة لهذه المعاملة يظهر عنده سلوك تجنبي انسحابي.

2) فرط التسامح: الإفراط في الدلال والعطف تجعل الطفل يتمادى ويستهتر بالقيم والأنظمة الاجتماعية، مما يجعله لا يقدر حقوق الغير، فيسعى لتلبية رغبتاه بغض النظر عن القيم والمعايير الاجتماعية ويصبح متمركزاً حول نفسه نرجسياً، كثيراً ما يتخطى الضوابط الاجتماعية، إضافة إلى انه كثير التعرض للإحباط في مراحل حياته اللاحقة.

3) القلق المرتفع: ينتج القلق المفرط عند الوالدين نتيجة مأساة سابقة في الأسرة كفقد أحد الأبناء، ويترافق مع تعلق زائد من قبل الوالدين بالطفل وتقديم رعاية مفرطة له، مما يؤدي إلى نشوء طفل خجول، وخائف، ويتجنب العلاقات مع الآخرين.

4) الاندماج الزائد: حين يحاول الوالدين تحقيق آمالهم ورغباتهم في أطفالهم يحدث نوع من الاندماج الزائد، وإذا فشل الطفل في تحقيق تطلعات الأهل وطوحهم، سيظهر الوالدين خيبة الأمل، حينها يشعر الطفل بذلك، ويصبح انعزالياً وغير واثق من نفسه، مما ينعكس على سلوكه في العيادة وتلقيه للعلاج.

خامساً: سيكولوجية المضطرب أو العميل المسن:

تعتبر الشيخوخة من مراحل النمو المتأخرة التي تتدهور فيها القدرات العقلية والشخصية للمسن، حيث يكون فيها محدود الطاقة نفسياً وجسمياً وعقلياً، ولعل أول ميل نراه لدى الأطباء والمعالجين هو تجنب وضع خطط علاجية لهذه لأصحاب هذه الفئة العمرية، هذه الخطط العلاجية التي تفرض أعباء على وظيفة

المريض المتأذية وقدراته المتدهورة، وتكون النتيجة هي اختيار معالجة أقل تفضيلاً وأضيق نفعاً، ونرى بعض الأطباء والمعالجين يقتصرون على معالجة عدد قليل من المسنين بسبب الصعوبة التي يلاقونها في المعالجة. وبالرغم من ذلك هناك نظرة وظيفية أكثر إيجابية نحو المسن تقر بوجود مدى واسع من القدرات بين المسنين، يندمج بالبيئة وذلك كتحول مهم (حجار، 1997).

إن تقييم قدرات المرضى المتقدمين بالسن والتعرف على المتغيرات البيئية لديهم قد تتيح مدى أوسع من إمكانات المعالجة، والخيارات الإرشادية العلاجية. من هنا يجب على المعالج أن يهتم بناحيتين: الأولى، قدرات المريض المسن وصفاته الشخصية، والثانية، التعرف على الظروف والمتغيرات البيئية المحيطة به والتي يعيش فيها.

1) العمر الزمني كمقياس:

إن التقدم الذي حصل في معظم المجتمعات، ومنها البلدان النامية، قد زاد من متوسط عمر الإنسان، حيث بلغ في البلدان الاسكندنافية 75 عاماً، وفي سورية 57 عاماً. وفي الولايات المتحدة الأمريكية تقدم للفرد امتيازات اجتماعية واقتصادية تساعد في دعم الرعاية الصحية. وبالرغم من أن التغيرات الجسمية والعقلية التي تحدث تصيب كل فرد مع تقدمه بالسن، إلا أن هناك فروقاً فردية في مرحلة العمر التي تحدث فيها مثل هذه التغيرات، فقد يحدث انحطاط القدرات العقلية في مرحلة مبكرة عند البعض، بينما يتأخر ذلك عند البعض الآخر. ويعتبر سن الخامسة والستين (65) عموماً هو السن الذي تحدث فيه التغيرات الجسمية والعقلية، وهو العمر الذي يعتبر بمثابة نقطة عبور كمؤشر للحالة الجسمية والنفسية والعقلية عند الفرد.

2) الشيخوخة كعملية تفاعلية:

يرافق الشيخوخة مجموعة من التغيرات التي تحدث نتيجة تفاعل عوام داخلية (حسي، جسمية، ونفسية ) وعوامل محيطية بيئية، مما يؤثر في أداء المسن. وإذا كان ضعف البصر عائقاً يحول دون أداء المسن لبعض الأعمال، غلا أنه ليس جميع المسنين الذين يعانون من ضعف البصر غير متكيفين مع محيطهم وبيئتهم التي يعيشون فيها. ومن أبرز التغيرات التي تحدث في الشيخوخة:

**تغيرات في الحواس: ضعف البصر، والسمع، والشم والتذوق.**

تغيرات نفسية: صعوبات في التعلم والتذكر، ضعف النشاط الجنسي، ضعف في الأداء الحركي الدقيق.

وتمثل متلازمات الدماغ العضوية أو الاضطرابات العقلية الناتجة عن أذيات في الخلايا العصبية، التصنيف الثاني الرئيس للاضطراب السيكياتري عند المسنين (حجار، 1997). ومن الأعراض الرئيسية التي نصادفها في هذا الاضطراب الذهاني العضوي:

- اضطرابات في الذاكرة قصيرة المدى وطويلة المدى.
- تلف في الوظائف العقلية .
- ضعف في المحاكمة العقلية
- خلل في التوجه الزماني والمكاني.
- أذى في العاطفة السطحية.

3) التعامل مع الموت:

في مرحلة الشباب يفكر الإنسان في عدد السنين التي سيعيشها، أما في الشيخوخة فإنه يفكر في عدد السنين المتبقية. ويواجه المسن ثلاث مهمات رئيسية:

أ. التعامل مع واقع الموت الذي لا مفر منه، مع الأمل بموت وشيك الوقوع.

ب. تحمل صعاب فقدان الزوج/الزوجة وموت الأصدقاء والأعزاء.

ج. مواجهة حالة الموت ذاته أثناء وقوعه.

**ويقول بعض علماء النفس أن هناك ثلاث فئات من المسنين:**

الأولى: يمثلون الأشخاص الذين يمتلكون القدرة على العبور إلى سن الشيخوخة بوعي ومواجهة الموت برضا من خلال النظر في إنجازاتهم السابقة، ويتصفون بقناعة عن حياتهم وسلوكهم السوي.

الثانية: وتمثل المسنين ممن هم أقل جرأة في تصور أنهم لابد زائلون، فيعتمدون آليات دفاع نفسية مثل الإنكار والنكوص، والتبرير والهروب إلى سلوكيات غير سوية مثل الأدوية والكحول وغيرها.

الثالثة: المؤمنون الذين يتصفون بالإيمان بالبعث ومواجهة خالقهم يوم القيامة، ومثل هذا الإيمان يخفف عنهم كثيراً في تقبل الموت ومواجهته كقدر رباني نحو حياة أخرى خالدة تحمل سعادة موعودة لا تعادلها سعادة أخرى.

ويعتقد الكثير من الناس أن المرض حالة تلازم الشيخوخة، وأن تقدم العمر يرافقه زيادة في التعرض للمرض وللتغيرات الفيزيولوجية، رغم أن بعضهم يحتفظ بلياقته الجسمية. كما أن إهمال الأنشطة الوقائية في هذه السن يساعد في زيادة التعرض للأمراض المزمنة. من جهة ثانية كلما سيطرت المعتقدات السلبية على ذهن المسن (مثل توقع المرض) فإنه أقل قدرة على تبديل السلوكيات السيئة التي تضعف الصحة.

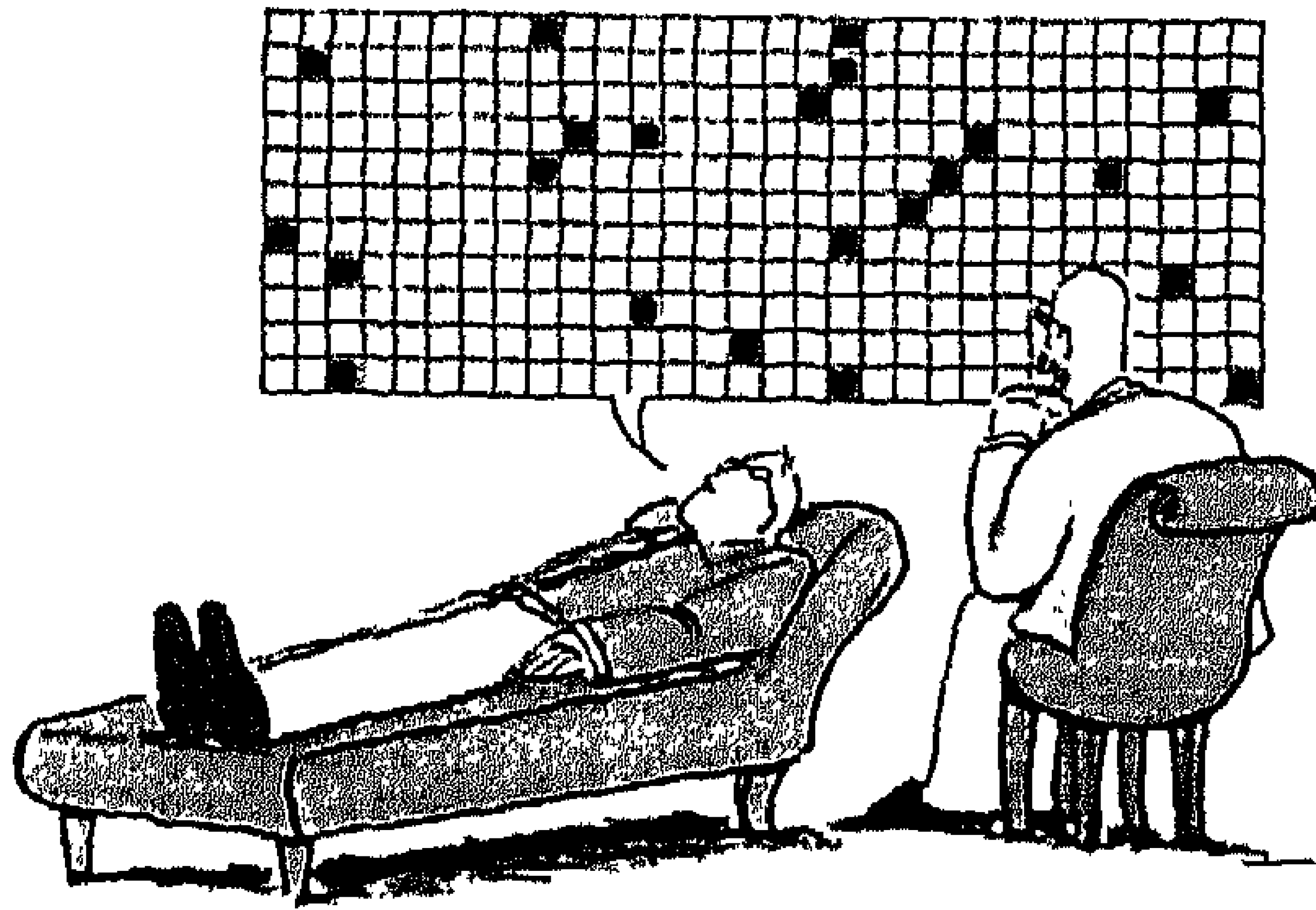
4) التقييم الطبي- النفسي لشخصية المسن:

على الاختصاصي النفسي أن يقوم بعملية تقييم شامل لشخصية المسن personality assessment، وأول إجراء يقوم به هو تقييم العمليات العقلية وخاصة: التفكير والتذكر، والانتباه، ليتبين مدى ودرجة تأثيرها في سلوكه وحياته اليومية. فقد يصيب الخلل تسجيل المعلومات وتخزينها، أو استرجاع المعلومات الحديثة، وقد يعاني من فقدان للمعلومات المألوفة . وقد يسيطر عليه ضعف في الاستدلال وتوتر الأفكار، ومعالجة المعلومات مما يعيق من مدى انتباهه للمثيرات حوله. وعلى الاختصاصي أن يقيم درجة الوعي لدى المسن، فقد لا يكون خرف الشيخوخة هو المتلازمة المرضية الوحيدة التي يعاني منها. ويلعب التشخيص الفارقي دوراً مهماً في عملية التقييم، ومن ابرز جوانب هذا التشخيص التمييز بين خرف الشيخوخة وبين الاكتئاب الذي كثيراً ما يتضمن مؤشرات الخرف واضطراب الذاكرة وبطء التفكير، وكذلك التمييز بين خرف الشيخوخة والهذيانات، وبينها وبين الاضطرابات العقلية الناتجة عن تناول العقاقير في معالجة الأمراض المختلفة التي يعاني منها المسن (عكاشة، 1998).

لابد من الإشارة إلى ضرورة لجوء المختص إلى كافة أساليب التقييم الممكنة من أساليب تقرير الذات وتقرير الآخرين وخاصة الأسرة، وكذلك الاختبارات وخاصة التقييم النفسي- العصبي، والملاحظة.

# الفصل الرابع

المقتضيات الإكلينيكية في العمل الإرشادي الإحالة، إدراك الأعراض، سعي المتعالج في طلب العلاج، اللقاء الأول، المعلومات والبيانات الأولية



# الفصل الرابع

## المقتضيات الإكلينيكية في العمل الإرشادي الإحالة ، إدراك الأعراض ، سعي المتعالج في طلب العلاج، اللقاء الأول ، المعلومات والبيانات الأولية

- مقدمة
- أولاً: الإحالة
- ثانياً: إدراك المتعالج لأعراضه واضطرابه
- ثالثاً: سعي المتعالج في طلب العلاج الطبي والنفسي
- رابعاً: اللقاء الأول بين المعالج النفسي والمتعالج
- خامساً: المعلومات والبيانات الأولية
- سادساً: الخلاصة

# الفصل الرابع

# المقتضيات الإكلينيكية في العمل الإرشادي الإحالة، إدراك الأعراض، سعي المتعالج في طلب العلاج، اللقاء الأول، المعلومات والبيانات الأولية

مقدمة:

يتواجد في العيادة النفسية طرفين: الأول هو المعالج النفسي الذي يقدم خدمات المعالجة النفسية، والثاني هو العميل أو المتعالج الذي يعاني من اضطراب نفسي، وهناك عدة إجراءات يجب السير بها حتى تأخذ عملية المعالجة النفسية مسارها الصحيح. فهناك متعالج وصل إلى العيادة طالباً العلاج، وقدوم هذا العميل خطوة أولى ومهمة: فهل قدم بمفرده، أم مع آخرين؟ وهل قدم بدافع ذاتي منه، أم نصائح آخرين أو إلحاحهم؟ وهل أحالته جهة معينه للعلاج: مؤسسة، مختص؟ ثم هناك إجراء آخر وهو اللقاء الأول بين المعالج والمتعالج. ولكن المتعالج يملك تصورات ومدركات عن أعراضه ومشكلاته، مما يؤثر في سعيه لطلب العلاج. من هنا يركز المعالج على جميع البيانات الأولية التي يجب الحصول عليها مما يمهد لتكوين العلاقة العلاجية التي تعتبر منطلق التقييم والتشخيص ومن ثم العلاج. سنتناول في هذا الفصل المقتضيات الأساسية في المعالجة النفسية وهي: الإحالة، وإدراك المتعالج لأعراضه المرضية وسعيه لطلب المعالجة، واللقاء الأول بين المعالج والمتعالج، والبيانات أو المعلومات الأولية المطلوبة.

## أولاً: الإحالة referral:

1) معنى الإحالة:

يعاني المتعالج النفسي (والذي يسمى المريض النفسي، أو العميل، أو الزبون، أو المصاب، أو المضطرب نفسياً) من مشكلة نفسية أو سلوكية، ويدرك أنه يعاني من صعوبات لديه من خلال خبرته وفهمه للأعراض السلوكية التي تظهر لديه، ولكنه قد لايدرك مخاطر هذه الصعوبات والمشكلات.فقد يكون من ذلك النمط الذي

يستمر طويلاً في تحمل القلق والضغط النفسي الذي تنطوي عليه مشكلته أو اضطرابه، وقد يكون من النمط الذي يبالغ في تفسير مالديه وما يشعر به، أو يكون من النوع الذي يتصف بالحساسية الزائدة وبالتالي المبالغة بما يعانيه، وقد يكون من النمط الذي يظهر لديه سلوكيات متأرجحة بين قبول مالديه ورفضه وما ينتج عنهما من سلوكيات إهمال وتسيب من جهة أو اهتمام مفرط من جهة ثانية.علاوة على ذلك قد يكون اضطرابه الذي يعانيه من مستويات مختلفة: فقد يكون بسيطاً، أو متوسطاً، أو شديداً، وقد يكون الاضطراب مزمناً، وقد يكون حاداً. في جميع الحالات نحن نتحدث عن متعالج أو عميل دخل العيادة النفسية طالباً المعالجة النفسية.

المتعالج شخص له علاقته الاجتماعية ويعيش في بيئة وسياق اجتماعي معين، ويتأثر بالآخرين ويتأثر بهم، فقد يكون ممن سمع عن الأمراض النفسية، وربما كون مفهوماً قد يكون خاطئاً عن الاضطرابات النفسية، وعن العلاج النفسي، وعن العيادة النفسية. وكثيراً ماتكون هذه المفاهيم غامضة تنطوي على عناصر قلق شديد. فإذا شعر بأن الاضطراب النفسي لديه يتطلب الذهاب للعيادة النفسية — سواء كان بدافع ذاتي منه أم بطلب من الآخرين— فإن ذهابه لايكون بعيداً عن تأثير المفهوم الذي تكون لديه عن الاضطرابات النفسية والعلاج النفسي. وفي الكثير من الحالات — وخاصة في مجتمعاتنا— يكون المفهوم الذي تكون لديه عن العيادة النفسية والعلاج النفسي ومن يذهب إليها ينطوي على عنصر مقاومة يدعوه للابتعاد عنها حتى لاينطبق عليه ماسمعه من الناس عن العيادة النفسية، وما كونه من تصورات بشأن العلاج النفسي. إن ذهاب المتعالج إلى العيادة النفسية وحده، أو بصحبة آخرين، او بطلب مؤسسة ما اجتماعية أو مهنية أو صحية، أو بطريق آخر هو المقصود بالإحالة referral وهكذا فإن الإحالة هي: طريقة قدوم العميل إلى العيادة النفسية، إنها تبين لنا الإجابة عن التساؤلات التالية: هل العميل قدم بمفرده أم بصحبة شخص ما، ومن هو هذا الشخص؟ هل قدم بناء على طلب مؤسسة ينتمي إليها: مدرسة، مؤسسة رعاية الأحداث، مؤسسة مهنية، أم إحالة من

قبل طبيب نفسي، أم من اختصاصي خدمة اجتماعية؟ هل قدم بدافع ذاتي منه أم بناء على طلب آخرين وإلحاحهم في زيارته للعيادة النفسية؟ حين يكون العميل قد قدم للعيادة من خلال طلب جهة ما نسميها إحالة، والإحالة قد تكون رسمية أو غير رسمية. فالجهة التي أحالته هي مصدر الإحالة. وبما أن العميل مرتبط بأسرة أو بمدرسة أو بمؤسسة مهنية، وبما أنه يعيش ضمن جماعة يؤثر ويتأثر بها، كان من الضروري الوقوف عند عملية الإحالة ومشكلاتها. من هنا نتحدث عن أشكال الإحالة (Morris,2005).

2) أشكال الإحالة:

2 – 1– الزيارة التلقائية: قد يقرر العميل بدافع ذاتي داخلي منه زيارة العيادة النفسية وطلبة المعالجة ويكون بناء على قرار شخصي منه، لأنه يشعر بأنه يعاني من اضطراب نفسي ما وأنه في حالة ضيق وقلق بسبب ذلك. قد يجري العميل حواراً ذاتياً (بينه وبين نفسه) حول ما يشعر به، والنتائج المترتبة على هذه المشكلة من جهة أولى، وحول العيادة النفسية والعلاج النفسي وما سينتج عنه من جهة ثانية. وحين ينتهي إلى اتخاذ قرار بالذهاب إلى العيادة ليتعرف على مشكلته والاضطراب الذي يعانيه وطريقة معالجته، ومآله، فإنه عميل على درجة كافية من الوعي بمصلحته، ورغبة داخلية بأن يتخلص مما يعاني منه بهدف تحقيق مستوى أعلى من التكيف النفسي والصحة النفسية.

2– 2 – الزيادة الموجهة بإجراءات من الأسرة: في الكثير من الحالات التي تراجع العيادة النفسية وتزورها تكون بدافع من الأهل، وبتأثير من الأسرة أو أحد المقربين منها. وقد تلاقي رغبة الأسرة قبولاً acceptance من العميل المضطرب، وقد تلاقي رفضاً ومقاومة resistance وقد تكون مقاومة شديدة. في مثل هذه الحالات تكون الأسرة بحالة من القلق لما يعانيه العميل المضطرب، وترغب في مساعدته للتخلص من معاناته. فقد يرافق أحد أفراد الأسرة المضطرب في زيارة العيادة النفسية، وقد تتغلب عناصر المسايرة على عناصر المقاومة لدى المضطرب فيكشف للمعالج رغبته في تلقي المعالجة اللازمة. ولكن

في حالات أخرى قد تظهر الممانعة والرفض من طرف العميل المضطرب عند مدخل العيادة أو بعد دخولها وقبل لقاء المعالج، ففي مثل هذا الوضع يجب توجيه رعاية وعناية خاصة به. إن المبدأ العميق في العلاج، هو أن دخول العميل المضطرب إلى العيادة يجب أن يكون مرافقاً برغبة منه في أن يجتمع بالمعالج، وأن الإكراه والقسر ينافي هذا المبدأ. من هنا يبذل الكثير من المعالجين النفسيين جهوداً كبيرة للتغلب على المقاومة التي يبديها العميل، وتوفير جو من التقبل وبناء الألفة والثقة التي تتيح دفع اللقاء الأول لبلوغ غاياته. ولكن حين لا يثمر هذا الجهد، وتبقى المقاومة شديدة، يكون من الأفضل ترك الاجتماع وتحديد موعد آخر، أملاً في أن تعمل مع الشروط على تهيئة جو مناسب للقاء، ومن هذه الشروط تفكير العميل بنفسه، أو بعض النصائح التي تقدم له من الأسرة أو من الأصدقاء (الرفاعي، 1982).

2 – 3 – الإحالة من المؤسسات التربوية: يحال العميل المضطرب إلى العيادة من إحدى المؤسسات التربوية (كالمدرسة، أو الجامعة، أو المعهد) الذي يكون طالباً فيها. وتنطوي هذه الإحالة على عدة إجراءات لتسهيل عمل العيادة النفسية، من هذه الإجراءات: تزويد المعالج بتقرير واضح ومفصل من المؤسسة التربوية عن حالة الطالب وأسرته، وسيره في دراسته، وعن الأعراض أو المشكلات السلوكية التي اعتمدت عليها في قرارها بوجود اضطراب نفسي لديه وحاجته للمعالجة. ويجب أن يتصف هذا التقرير بالموضوعية، والوضوح، وبعيداً عن المبالغات، وأن يشتمل على معلومات أساسية عن هوية الطالب، وحالته العقلية، والانفعالية والتعليمية، والأسرية. إن مثل هذا التقرير يسهل عمل المعالج النفسي ويقلص من مقاومة العميل وخاصة بالنسبة للعميل الذي تردد كثيراً أو كان لديه مقاومة في زيارة العيادة النفسية. من هنا فقد أعدت الكثير من العيادة النفسية نموذجاً على شكل استمارة خاصة تسمى "استمارة الإحالة" أو "نموذج الإحالة" referral form يتضمن عدداً من التساؤلات التي يجب على المؤسسة التي تحيل المضطرب، الإجابة عنها .

2 – 4 – الإحالة من المؤسسات المهنية: قد يأتي الشخص المضطرب إلى العيادة النفسية بإحالة من مؤسسة مهنية يعمل فيها، سواء كانت مؤسسة صناعية، أم تجارية، أم زراعية، أم إدارية كمؤسسة خدمات. وفي بعض هذه المؤسسات التي تحتفظ بسجل يحتوي على معلومات مفصلة عن هذا العامل "العميل المضطرب"، يكون من الضروري إرسال تقرير مفصل وواضح عنه، وعن الدوافع أو العوامل التي دفعت المؤسسة إلى إحالته إلى العيادة النفسية. إما إذا كانت المؤسسة لا تحتفظ بمعلومات عن العميل المضطرب "العامل لديها" فيجب على العاملين بالعيادة النفسية تقصي مثل هذه المعلومات الأولية قبل زيارته العيادة، مما ييسر اللقاء الأول، وحتى لا يضعف عند الشخص المضطرب الدافع لتلقي العلاج اللازم فيها.

2 – 5 – الإحالة من سلطة أو مؤسسة قضائية : قد يحال الشخص المضطرب إلى العيادة النفسية من مؤسسة قضائية أو سلطة متفرعة عن هذه المؤسسة، مثل مؤسسة رعاية الأحداث الجانحين، وجرائم الكبار، والتشرد، والمؤسسات الإيوائية كالأيتام، والحجز الاحترازي. والأشخاص الذين يتم إحالتهم إلى العيادة النفسية من هذه المؤسسات، يكونوا قد تعرضوا لإصابة في صحتهم النفسية، ويكون قد تكرر الانحراف لديهم، ويكون آثار هذه السلوك شديداً على الشخصية. ففي حالات الإجرام، والانحراف كالاغتصاب، والمقامرة، والإدمان، وحالات العنف والاعتداء التي تنطوي على خطر على الشخص نفسه وعلى مجتمعه مثل إساءة معاملة الأطفال child abuse (كالإساءة الجسمية، والجنسية، والعاطفية) المتكررة، يكون عمل العيادة النفسية مهماً جداً لتقديم العناية والعلاج اللازمين، إضافة إلى تقصي العوامل وراء مثل هذه الحالات ضمن سياقها الاجتماعي، وبالتالي وضع البرامج العلاجية المناسبة.

2 – 6 – الإحالة من مؤسسة تعمل في الخدمة الاجتماعية: هناك العديد من الجمعيات التي تعمل في خدمة الجماعة: بينها مما يعنى بالأطفال والأحداث مثل جمعيات رعاية الطفولة، وبعضها مما يعنى بالراشدين وكبار السن مثل جمعيات رعاية المسنين، وبعضها الآخر مما يعني بغير العاديين مثل جمعيات

رعاية المعوقين وجمعيات رعاية المدنين.فالإحالة إلى العيادة النفسية هنا تكون ضرورية خاصة سواء كانت هذه العيادة مرتبطة بالجمعية أم غير مرتبطة بها. ويجب أن يرسل تقرير مفصل وموضوعي عن حالة الشخص المضطرب الذي تتم إحالته إلى العيادة النفسية، خاصة وأن مثل هذه الجمعيات تحتوي على تقارير مفصلة عن الأشخاص الذين تحتويهم وتقدم لهم الرعاية. وكلما كان هذا التقرير مفصلاً، وواضحاً، ويبين مبررات إحالة العميل المضطرب، كلما سهل ذلك عمل المعالج النفسي واللقاء الأول في العلاقة العلاجية.

2 – 7 – الإحالة من المستشفى العام: يقصد بالمستشفى العام هنا المستشفى الذي يهتم بالأمراض الجسدية سواء كان متخصصاً أم غير ذلك. ففي الكثير من الحالات الجسمية يكون هناك صلة وثيقة بين وظائف الجسم والوظائف النفسية مما يحتاج المستشفى معه إلى مشاركة المعالج النفسي للعناية بالمريض بداءً من عملية التشخيص وانتهاء بالمعالجة والرعاية. وفي بعض الحالات يكون المريض بحاجة إلى عناية نفسية متخصصة لمواجهة الصعوبات التي نتجت عن مرضه العضوي. كما أن بعض الحالات المرضية قد ينتج عنها اضطرابات نفسية شديدة أبرزها الاكتئاب والقلق، والمخاوف مما يحتاج إلى تدخل نفسي متخصص. فبعض الأطفال الخاضعين للمعالجة في المستشفى قد يعانوا قلق الانفصال (عن الوالدين)، وقد تظهر لديهم حالات نكوصregression واحتجاج protest ويأس وقنوط despair ففي مثل هذه الحالات لابد من إحالة المريض إلى عيادة داخلية في المستشفى، أو إلى عيادة نفسية خارجية. من جهة ثانية فإن بعض الأطفال الذين يخرجون من المستشفى العام بعد انتهاء رعايتهم الطبية، قد يظهرون صعوبات متنوعة داخل المنزل من أبرز هذه الصعوبات والمشكلات: القلق، التبول اللاإرادي، والكوابيس والأحلام المزعجة (Bennett,1999عبدالله، 2009).

**ثانياً: إدراك المتعالج لأعراضه واضطرابه:**

- إدراك المتعالج للأعراض الطب نفسية وكيفية إحساسه بها:

إن عملية إدراك أعراض المرض وتفسيرها ليست عملية بسيطة وسهلة، كما يبدو للوهلة الأولى، وفي الواقع نحن نفهم حالاتنا الداخلية، ونشعر بها استناداً إلى الإحساس العضوي والجسمي، ويمكننا أن نلاحظ الإحساسات القوية أكثر من الإحساسات الضعيفة، وفي كل الأحوال فإننا لا نستطيع تقييم حالاتنا الداخلية بدرجة دقيقة، ويصدق ذلك على الاضطرابات النفسية أكثر من الجسمية. لنفترض أن أحد الأشخاص يقيم معدل ضربات القلب لديه، فهل نحن واثقون من أن تقييمه لها دقيقاً، والأمر نفسه ينطبق على المثيرات الخارجية أو الأعراض الخارجية كالحساسية الجلدية (علماً أنها قد تكون سيكوسوماتية). ولأن تقييم الناس لحالاتهم (الأعراض) الداخلية والخارجية ليست دقيقة باعتبارها مؤشرات على المرض، فإن تفسير هذه الأعراض أو المؤشرات تختلف من فرد لآخر، وعند الشخص نفسه من موقف إلى آخر. من جهة أخرى فإن الأشخاص لا يلاحظون باستمرار الأعراض التي يمرون بها – حتى لو كانت قوية وواضحة – حين حدوثها لديهم، وقد لا يعتبرون أعراضاً مرضية لديهم على أنها كذلك، حتى لو كانت آثارها الجسمية والسلوكية واضحة لديهم. فحين يرى شخصاً ما على بدنه أو في سلوكه عرضاً ما، قد لا يعتبره مشكلة أو أن له دلالة مرضية معينة. فما هي العوامل التي تؤثر في إدراكنا للأعراض المرضية؟ هناك عدة عوامل بعضها يتعلق بالفروق الفردية بين الناس، وبعضها الآخر يتعلق بالمثيرات البيئية المتصارعة، أو بالعوامل النفسية، وبالفروق الثقافية والاجتماعية (Turk&Meichenbaum,1991).

- الفروق الفردية:

تعتبر الفروق الشخصية من أهم العوامل التي تؤثر في إدراكنا للأعراض وتفسيرنا لها. يكثر البعض من الشكوى، كأن نسمع أحدهم يقول "إنه مثل الطفل كثير الألم، والشكوى"، فلماذا يشتكي البعض من الكثير من الأعراض ويعاني منها، أكثر من البعض الآخر؟ إن أحد الأسباب وراء ذلك هو أن لدى البعض أعراضاً

أكثر من البعض الآخر، فقد يعاني البعض من كثرة الأعراض المرضية، مقارنة ببعضهم الآخر، مما يتيح لهم التعبير عنها. من جهة أخرى يختلف الناس فيما بينهم من حيث درجة حساسيتهم وتحسسهم للأعراض أو الحالات التي يشعرون بها ويخبرونها، فالبعض أكثر تحسساً لما يتعرضون له ويعانونه من البعض الآخر، كما أن نفس درجة الألم أو الضيق، قد يعبر عنها شخص ما بدرجة شديدة ومتنوعة ويشكوى مستمرة، بينما الآخر يكون كثير التحمل والصبر وقليل التعبير أو الشكوى عنها. ومع ذلك فإن هناك عتبة للتحمل وبالتالي للشكوى لابد أن يظهرها الشخص، وهي بمثابة معيار يمكن الاستناد إليه في الحكم على شدة الأعراض أو الحالة المرضية.

إن بعض الأفراد أكثر انتباهاً وانشغالاً بحالتهم الصحية من البعض الآخر، وبالتالي أكثر تحسساً لحالاتهم الداخلية والنفسية من غيرهم، من هنا نقول إن لديهم حساسية خاصة لحالاتهم الداخلية ومشاعرهم، ولأعراضهم المرضية مقارنة بغيرهم. ونتيجة لذلك، فإنهم أكثر مراقبة وملاحظة للتغيرات التي يمرون بها. ولكن هذا لا يعني بالضرورة أن تقييمهم لحالاتهم أو أعراضهم ستكون دقيقة بشكل مؤكد، إنهم أكثر إدراكاً ووعياً لحالاتهم، ولكنهم ليسوا بالضرورة على درجة كافية من الدقة في تفسير هذه الحالات والأعراض. ولابد من الإشارة إلى أن هناك فروقاً بين الأفراد من حيث إدراكهم للتغيرات الداخلية والخارجية التي تحدث لهم، فالبعض أكثر ملاحظة وإدراكاً للتغيرات الخارجية الظاهرة لديه (كظهور بقع على الجلد، أو تغير في شكل الجسم، أو ضعف الشهية، أو قلة النوم)، ولكن البعض الآخر أكثر تحسساً وإدراكاً للتغيرات الداخلية في جسمه (مثل ضربات القلب، وعمل المعدة، الغيرة المرضية، الخوف من مجهول، القلق). وقد أظهرت نتائج إحدى الدراسات أن الأشخاص الذين يسعون للمعالجة الطبية، إذا كانوا من النوع الأكثر تحسساً وإدراكاً للتغيرات الداخلية في شخصيتهم، هم أقل عرضة للأمراض الخطيرة من الآخرين الذين هم أكثر تحسساً للتغيرات الخارجية. من هنا نميز بين نوعين من الناس: ذوي التركيز الخارجي، وذوي التركيز الداخلي، فذوي التركيز الداخلي أكثر تحسساً وإدراكاً للتغيرات الداخلية في شخصيتهم (الجسم والنفس)، في حين أن ذوي التركيز الخارجي أكثر تحسساً وإدراكاً للتغيرات الخارجية في شخصيتهم (مظهر الجسم، والسلوك الخارجي).

- المثيرات البيئية المتنافسة:

كلنا سمع عن لاعبين رياضيين لم يشعروا بحالة الأذى أو الألم الذي تعرضوا له أثناء اللعب، بينما شعروا به عند انتهاء اللعبة وتوقفها. وهناك مقاييس نفسية لقياس درجة شعور الشخص بحالة معينة أو بمثيرات داخلية يمر بها في وقت معين. إن مثل هذه الاستجابة والتعرف على الحالة الداخلية والشعور بها، إنما يتوقف على المثيرات الخارجية في بيئة الشخص في وقت معين. فحين تحتوي البيئة المحيطة بالشخص مثيرات حسية متنوعة ومعلومات كثيرة من مصادر متعددة، فإنها تخلق عند الشخص حالة من الإثارة والتنبه، تعيق لديهم درجة الانتباه والتعرف على الحالات الداخلية التي يمرون بها أثناء ذلك. فاللاعب الذي لم يشعر بالألم أو الأذى الذي تعرض له أثناء اللعب، فإن المثيرات الخارجية (الجمهور، والسعي للنجاح، والضجيج، وأدائه الذي يجب أن يكون متميزاً، وسعيه للتفوق) كلها مثيرات عملت على كف أو تجاهل inhibition المثيرات الداخلية التي تمثل حالة الألم والأذية. تجدر الإشارة إلى أن الفص الأمامي في المخ يلعب دوراً هاماً في عملية الانتباه والتجاهل هذه (الانتباه للمثيرات الخارجية، وكف المثيرات الداخلية أو تجاهلها)، (الخميس،2001).

- المؤثرات أو العوامل النفسية: بسبب أن الناس غير دقيقين في إدراكهم للأعراض وتقييمهم للحالات الجسمية الداخلية التي يمرون بها، فإن إدراكهم وإحساسهم بحالتهم الصحية تتأثر بالعديد من العوامل الانفعالية، والمعرفية والاجتماعية. فقد تبين أن العوامل المعرفية تلعب دوراً كبيراً في إدراك الشخص للأعراض المرضية لديه، كما هو الحال في الدواء الوهمي "البلاسيبو" placebo (في بعض التجارب يتم إعطاء المريض دوار وهمياً لا يضر ولاينفع ويعتقد المريض بأن له نفس مفعول الدواء التجريبي الذي يعطى لمفحوصين آخرين بهدف دراسة تأثيره)، وأكثر الذين يتناولون الدواء الوهمي بهدف خفض الألم لديهم، يعتقدون ويقررون بأن هذا الدواء قد ساعد في تخفيف الأعراض والألم لديهم.

- ومن العوامل المعرفية الأخرى في إدراكنا للأعراض، ما تمر به المرأة من أعراض قبل موعد الدورة الشهرية، وقد تبين أن الكثير من النساء يشعرن بأعراض الدورة الشهرية (جسمياً ونفسياً) وذلك قبل حدوثها فعلاً. من جهة ثانية فإن تفاعل العوامل المعرفية والانفعالية والاجتماعية في إدراكنا للأعراض المرضية والحالات الجسمية يمكننا أن ننظر إليها كظاهرة ثنائية، الأولى، مرض طلاب الطب الذين يتعلمون عن الأعراض المرضية المختلفة، ويعاني 2 من كل ثلاث منهم من هذه الأعراض، ويقولون بأنهم قد مروا وخبروا هذه الأعراض من وقت لآخر. والثانية هي المرض نفسي المنشأ، الذي يشتمل على تنوع كبير في الأعراض التي يشعر بها الشخص ويقرر وجودها لديه حتى لو لم تثبت الفحوص وجودها الفعلي لديه، كما هو الحال في توهم المرض. فالشخص الذي يعاني من توهم المرض، يشعر بأنه يعاني من أعراض مؤكد، ويتردد من طبيب إلى آخر، رغم تأكيدهم له بأنه سليم. فلماذا تحدث مثل هذه الحالات؟ لماذا يقرر البعض أنهم يعانون من أعراض مرضية، حتى لو لم يكونوا فعلاً كذلك؟ هناك عدة أسباب وراء ذلك، منها أن الأعراض التي يدرك الشخص وجودها لديه كما هو الحال لدى طلاب كلية الطب، وتوهم المرض، تشتمل على إحساسات فيسيولوجية عامة مثل الدوخة، والغثيان، وغيرها من الأعراض التي تكون ذاتية في طبيعتها. كما أن العوامل المعرفية تلعب دوراً مهماً فيها من حيث تضخيمها أكثر من اللازم، مما يساعد في المبالغة في إحساسها والشعور بها، من جهة أخرى فإن العوامل الاجتماعية تساهم في حدوثها، فطالب الطب الذي يرى زميله يتحدث عن معاناته لعرض أو شكوى معينة، نراه هو يتأثر بذلك، من هنا تنشأ العدوى الاجتماعية التي يكون مصدرها التقليد والمحاكاة بين الأفراد. أما عن العوامل الانفعالية، فيلعب الضغط النفسي دوراً متميزاً في زيادة حساسية الشخص للأعراض المرضية لديه، وكثيراً ما يبالغ في التعبير عنها رغم أنها قد تكون غير موجودة، أو موجودة بدرجة ضعيفة جداً. ومن المعروف أن الشخص حين يقع فريسة للضغط النفسي تكثر شكواه: الصداع، الألم، الغثيان، الخ.

- الفروق الاجتماعية والثقافية: يختلف الناس من مجتمع إلى آخر في طريقة إدراكه للأعراض والأمراض، وفي طريقة التعبير عنها، ويعتبر إدراك الألم والتعبير عنه أحد أبرز هذه الفروق.فمن المعروف أن مجتمعات معينة تعبر عن الألم والأعراض المرضية أكثر بكثير مما يعبر عنها أبناء مجتمع آخر. وربما يرجع ذلك إلى الاختلاف في المعايير الاجتماعية والثقافية السائدة في كل منها. ومن المعروف أن المجتمعات الشرقية يتعلم أفرادها كظم مشاعر الألم والتعبير عنها، كما يتم تدريب الأفراد على التحمل، إلى أقصى درجة ممكنة، وتعتبر طريقة التأمل الروحي واليوغا، من أبرز التقنيات التي يتم التدريب عليها من أجل تخفيف المعاناة، وتنمية الصبر، والقوة البدنية والجسمية.وقد أظهرت بعض الدراسات أن الأمريكان أكثر تعبيراً عن مشاعر الألم التي يخبرونها، كما تظهر في الأنشطة الاجتماعية وأثناء العمل، حيث يصرحون بها بشكل مباشر ومبالغ فيه. أما الطليان والنيوزلنديين فيأتون بالمرتبة الثانية، يليهم اليابانيون والكولومبيون، ثم المكسيكيون. وترجع مثل هذه الاختلافات إلى الفروق في شدة المعاناة الذاتية للألم ودوامها لديهم (Sarafino,2001).

باختصار نقول، إن إدراك الفرد للأعراض المرضية لديه، وحساسيته، وتعبيره عنها تختلف من فرد لآخر ومن مجتمع إلى آخر، وتلعب عدة عوامل دورها في هذه الفروق، منها عوامل نفسية ذاتية، وعوامل معرفية واجتماعية، وبعضها الآخر يرجع على ثقافة المجتمع، ومعايير السائدة.

**ثالثاً: سعي المتعالج في طلب العلاج الطبي والنفسي:**

ولماذا لا يسعى إليها؟، ولماذا يتأخر البعض في طلبها؟

بحث علماء النفس والأطباء في العوامل التي تحدد ما إذا كان الناس يسعون لطلب المساعدة الطبية والنفسية، ومتى يفعلون ذلك، وقد تبين وجود عدة عوامل تؤثر في ذلك: (Turk & Meichenbaum,1991).

1) الأفكار، والمعتقدات، واستعمال الخدمات الصحية الطبنفسية:

يتأثر سلوك الشخص في السعي للاستفادة من الخدمات الصحية أو طلب العلاج بعدة عوامل أبرزها أفكاره وخبراته السابقة. فقد يقول لنفسه "أتذكر ما فعله هذا الطبيب في المرة الماضية"، كما أن بعض المرضى قد تحدث لديهم مشكلات صحية جديدة بعد معالجة طبية أو نفسية تلقوها من معالج معين. فالمشكلات الصحية التي تحدث بعد العلاج تسمى "شروط داخلية المنشأ" iatrogenic conditions، فقد تحدث هذه الظروف أو المشكلات بسبب خطأ المعالج في المعالجة، أو بسبب الآثار الجانبية للمعالجة، أو عوارض العلاج، أو نتيجة العمل الجراحي الذي تعرض له هذا المريض في حالات الأمراض البدنية، من هنا يمكن القول بأن نتائج المعالجة أو المساعدة ا السابقة تخلق لدى الفرد حساسية من نوع معين اتجاه الخدمات الصحية والنفسية. إن ردود الفعل السلبية والإيجابية (الاتجاه الذي يكونه الشخص عن المعالجة سواء كانت إيجابية أم سلبية) تؤثر بشكل مباشر في قراراته اللاحقة حول استعمال الخدمات النفسية والاستفادة منها أو عدم الاستفادة منها.

ويعتبر عدم الثقة بالمعالج من أهم العوامل التي تؤثر في سلوك المتعالج لطلب المساعدة والعلاج، وهناك نوعين من الثقة: الأول، هو أن الأشخاص قد يتجنبون طلب المساعدة الطبية والعلاج لأنهم قلقون حول السرية، والمعلومات التي سيصرحون بها للطبيب، فيخشون من التعبير عنها، خوفاً من انتشارها. فمثلاً، تبين أن المراهقين لا يطلبون المساعدة من المعالج إذا علموا أن الأقارب أو الأهل سيعرفون معلومات سرية عن حالتهم. الثاني، أن هناك الكثير من القصص التي تروى حول الثقة في المعالجة.

والكثير من الناس في مختلف البلدان وخاصة الصناعية منها، يختارون طريقاً آخر في المعالجة والخدمات الصحية وهي مايسمى " الطب البديل " alternative medicine، ويسعون لطلب هذا النوع من العلاج حين يمرضون، بدلاً من الذهاب إلى مراكز الخدمات والرعاية الصحية والنفسية.

2) نموذج القناعة والمعتقدات الصحية وسلوك طلب الرعاية والعلاج:

يقدم نموذج القناعة أو المعتقدات الصحية ودوره في الوقاية من المرض، تفسيراً مهماً للسلوكيات والعادات الصحية في الحياة. فكيف يمكن تطبيق نموذج القناعة الصحية في سلوك طلب المعالجة والرعاية والمعالجة النفسية حين تظهر الأعراض المرضية لدى الشخص؟

وفقاً لنموذج القناعة والمعتقدات الصحية، تعمل الأعراض المرضية التي تظهر لدى الشخص على تحريضه لبدء اتخاذ قرار حول طلب المساعدة النفسية والعلاج. ويتضمن ذلك عملية تقييم لدرجة التهديد الناتج عن هذه الأعراض والتي يدركها المضطرب أو المتعالج، وهذا يعني أن المضطرب يقوم بعملية تقييم لدرجة التهديد التي تمثله هذه الأعراض على صحته، فإذا إدراك التهديد على أنه خطير وشديد سيدفعه ذلك لاتخاذ قرارا حاسم بالذهاب إلى مركز الرعاية الصحية وطلب العلاج، أما إذا أدرك التهديد الناتج عن الأعراض بأنه غير شديد، فقد يتريث أو يتردد أو يتجنب طلب المساعدة والعلاج. إن درجة التهديد الناتج عن الأعراض والتي يدركها الشخص، تتأثر بعدة عوامل:

- أن الأعراض بحد ذاتها تتضمن مؤشرات للعمل cues to action أو دلائل للتصرف، مثل: نشوء الاهتمام وانشغال البال بما يحدث، أو قد تتضمن مؤشرات تصرف من نوع آخر مثل ما يتلقاه المرضى من معلومات صادرة عن وسائل الإعلام تتعلق بمثل هذه الأعراض المرضية؛ كوصف أعراض السرطان.
- إدراك الخطر، هو العامل الثاني المؤثر في اتخاذ قرار طلب العلاج النفسي، والذي يلعب دوراً مهماً. إن مثل هذه العوامل تؤثر في درجة انشغال المريض واكترائه بالأعراض المرضية لديه، وبالتالي السلوك الذي يتبعها من حيث السعي لطلب الرعاية والعلاج النفسي أو عدمه.

يساعد نموذج القناعة والمعتقدات الصحية في توضيح درجة إدراك المتعالج أو المضطرب للفوائد التي سيجنيها من سعيه لطلب العلاج والرعاية النفسية، مقابل العوائق والعقبات أو السلبيات التي تنتج عنها. إنه يسعى لتقييم الفوائد والمكاسب التي سيحصل عنها حين يذهب لمركز الرعاية الصحية أو المعالج، وذلك استناداً إلى معتقداته حول فعالية العلاج والرعاية المقدمة. فالذي يعتقد بأن المعالجة ستقدم له خدمات علاجية فعالة، وتحقق الشفاء له سيسعى بقوة للذهاب إلى العيادة النفسية أو مركز الرعاية سعياً وراء العلاج، والعكس صحيح، إذا كانت معتقداته بأن هذه الخدمات، لن تحقق له الشفاء (وقد يكون بسبب خبرات سابقة)، فسيتردد في طلب المعالجة النفسية، أو يتجنبها. وقد يقوم الشخص المضطرب بتقييم العوائق التي تعيق ذهابه لمركز الرعاية طلباً لعلاج، مثلاً إذا عرف بأن المعالجة الطبية التي سيحصل عليها ستكون لها آثاراً جانبية لا يرغبها، أو عوارض مزعجة بالنسبة له، كالألم، والإقياء، والدوخة، والأرق، فسيتردد في طلب العلاج.

لقد أظهرت نتائج الدراسات أن هناك عدة عوامل تصفها نموذج القناعة الصحية ويمكنها أن تؤثر في سعي الناس لاتخاذ القرار في طلب الرعاية الطبية والنفسية والمعالجة. من هذه النتائج، أنه كلما زادت قناعة الشخص بفعالية المعالجة والرعاية النفسية، كلما زاد سعيه لطلبها، حين تظهر عوارض المرض. كما أظهرت نتائج بعض الدراسات العوامل التي تمنع الشخص من الذهاب للعيادة ومركز الرعاية بهدف التشخيص المبكر للسرطان. فقد تبين أن الشخص الذي يعتقد بأن الأعراض التي تظهر لديه هي أعراض سرطان، وان هذا مرض غير قابل للشفاء، فإنه يتردد كثيراً، ويتأخر في طلب المعالجة والذهاب لمراكز الرعاية الصحية (Lave, 1989).

3) العوامل الاجتماعية والانفعالية المؤثرة في سلوك طلب الرعاية والمعالجة الطبنفسية:

تلعب العوامل الاجتماعية والانفعالية دوراً مهماً جداً في سلوك طلب المساعدة الطبية وسعي الشخص لمعالجة الأعراض المرضية لديه. فكيف تؤثر العوامل الانفعالية في سلوك الشخص لطلب العلاج والذهاب إلى مركز الخدمات

الصحية؟ إن ردود الفعل الانفعالية القوية تجاه الأعراض قد تعيق الناس وتمنعهم من طلب المعالجة. فقد يدرك الشخص المرض على أنه خطير، مما يخلق عائقاً يمنعه من الذهاب إلى العيادة، وذلك بسبب القلق الشديد الذي يعانيه، أو بسبب الخوف من نتائج المعالجة. من هنا يكون التهديد الذي يمثله المرض أو الأعراض عاملاً مؤثراً باتجاهين، الأول: هو أنه يدفعه إلى الذهاب لطلب المعالجة، والثاني، أنه قد يدفعه لتجنب ذلك. وقد أظهرت نتائج عدة دراسات اعتمدت المقابلة الشخصية لعينة من الراشدين، أن الغالبية يدركون السرطان على أنه مرض خطير ومؤلم، وأن 18٪ منهم قد منعهم ذلك من الذهاب لمراكز الرعاية الطبية بهدف الفحص والعلاج، وذلك بسبب خوفهم من الألم الذي سيرافق المعالجة. عن توقع الألم والضيق الذي يرافق العلاج، يلعب دوراً مهماً في خوف المرضى وبالتالي ترددهم في طلب العلاج والذهاب إلى مراكز الخدمات الصحية.

أما عن دور العوامل الاجتماعية، فتأتي من الاعتقاد بأن الذهاب إلى مراكز الرعاية الطبية، هو دليل ضعف الشخص، وإن هذا يناقض الدور الذي يتصف به الشخص على أنه قوي وذو مكانة اجتماعية. من هنا لايمكن للشخص أن يتقبل دور الضعف الذي يمثله مركز الرعاية الصحية له أما الآخرين. إن دور العوامل الاجتماعية، ربما يشجع الناس والمرضى على الذهاب لمراكز الصحية، كما هو الأمر بالنسبة للإحالة، فحين يتم إحالة المريض إلى المركز أو الطبيب من قبل والديه أو أقرانه، أو رؤساء العمل، يكون ذلك بمثابة دافع مشجع وقوي للسعي في طلب العلاج. وهناك ثلاثة أنواع من العوامل الاجتماعية التي يمكنها أن تشجع الناس في طلب المعالجة:

1. الآثار والعواقب الاجتماعية التي ستنتج عن المرض والأعراض المرضية في حال استمراريتها. فحين يدرك الشخص أن الأعراض ستؤثر سلباً على علاقاته وأنشطته الاجتماعية، سيسعى بلا تردد في طلب العلاج. مثلاً مريض القرحة، الذي يتناول الطعام مع أقرانه في المطاعم والحفلات، سيشعر يوماً بعد يوم بأن تناول المخللات، والأطعمة الحارة، وغيرها ستزيد حالته سوءاً، ويزداد شعوره بالألم، سيسعى للذهاب إلى الرعاية الطبية طلباً للمعالجة.

2. قد تتداخل الأعراض مع بيئة العمل لدى الشخص، وبالتالي ينـدفع لطلب العلاج. فالأزمات الاجتماعية التي تحدث في العلاقات البين شخصية، قد تعمل كمحرض لطلب الرعاية والمعالجة، خاصة إذا اعتبر الشخص هذه المعالجة سبباً في حل الأزمات الاجتماعية بين الأشخاص.
3. العامل الاجتماعي الثالث، هو نتائج المعالجة وتأثيرها اجتماعياً، ومشروعيتها. فحين يعتقد بأن نتيجة المعالجة ستكون مضمونة وذات تأثير إيجابي في العلاقات الاجتماعية، سيسعى في طلبها. فحين يعاني شخصاً ما من ضعف في البصر، ويتردد أولاً، ثم تقول له زوجته إن رؤيته ستتحسن، وأن العلاقات الاجتماعية والعمل سيكون على ما يرام، سيسعى لطلب المعالجة بسبب الدوافع الاجتماعية ذات المغزى وراء ذلك.وحين يدرك أن أشخاص مهمين في حياته يريدون منه أن يكون سليماً ومعافى، فإنه سيذهب للمركز الصحي أو الطبيب بهدف العلاج.

4) مراحل التأخر في طلب العلاج أو تأجيله: عندما تتطور أعراض المرض باتجاه مزيد من التعقيد والخطورة، يكون السعي لطلب العلاج مهماً جداً. ويعزى تأخر الطلب في العلاج أو تأجيله إلى الوقت الذي يمضي بين ملاحظة الشخص لأعراضه وإدراكها لخطورته، وبين سعيه للذهاب إلى مراكز الرعاية الطبية طلباً للعلاج. ففي غرف الطوارئ كما في الأمراض الخطيرة، كأمراض القلب، يسعى الناس لطلب المساعدة والرعاية، خلال دقائق أو ساعات على الأكثر. من جهة أخرى فإن العلاج الدوائي الذي يقدم في مثل هذه الحالات بسرعة، يساعد كثيراً في عدم تأزم الحالة، أو بلوغها حالة خطرة (كما في أمراض القلب)، حيث تعطى لمريض أدوية تمنع حدوث اضطرا بات في الأوردة والشرايين القلبية بعد حدوث النوبة. من هنا فإن السرعة في طلب العلاج أمراً مهماً جداً للحفاظ على الصحة. فما هي العوامل أو المحددات التي تؤثر في طول فترة الانتظار حتى طلب العلاج؟ وما هي الفترة أو المدة الزمنية التي يمكن أن يتريث فيها

الشخص حتى يذهب إلى مركز الرعاية الطبية أو الطبيب لطلب العلاج؟ لقد حاول الباحثون الإجابة عن هذا السؤال من خلال إجراء دراسات اعتمدت المقابلات الشخصية لعدد كبير من المرضى الذين يعانون من مشكلات صحية مزمنة، وقد تبين للباحث (مارت سيفر)، أن التأخر أو التريث في الذهاب إلى الطبيب، تمر بثلاث مراحل، هي:

1. المرحلة الأولى: تأخر التقييم appraisal delay، في هذه المرحلة يتأخر المريض في تقييم الأعراض لديه، وفي تفسيرها. إنها الفترة الزمنية التي يحتاجها الشخص للتفكير في الأعراض لديه و تفسيره لها على أنها مؤشر على المرض.
2. المرحلة الثانية: تأخر في اتخاذ القرار حول المرض illness delay، وهو الفترة الزمنية التي تمر بين أن يدرك المريض انه مريض (وقت انتهاء المرحلة السابقة)، وحتى اتخاذ القرار بضرورة الذهاب إلى الطبيب طلباً لعلاج.
3. المرحلة الثالثة: تأخر العلاج treatment using delay، وهي الفترة الزمنية الفاصلة بين اتخاذه القرار بضرورة الذهاب للطبيب (وقت انتهاء المرحلة الثانية)، وبين تقديم المعالجة الفعلية له في المركز الصحي أو في عيادة الطبيب.

لقد عمل الباحثون على دراسة الأسباب التي تؤثر في ومن تأخير العلاج، وتبين أن هناك عدة عوامل تقف وراء ذلك، في كل مرحلة من المراحل الثلاث السابق ذكرها. ففي المرحلة الأولى (تأخر التقييم) تلعب خبرات الشخص الحسية دوراً مهماً في الزمن الذي يحتاجه لتفسير الأعراض. فحين يكون المريض ذو حساسية عالية تجاه التغيرات التي تحصل في جسمه، أو حين يشعر بأن الألم أو الضيق الذي يمر به لا يطاق (مبالغة في الخبرة الحسية والانفعالية)، فإنه لن يحتاج وقتاً طويلاً لاتخاذ القرار بالذهاب إلى الطبيب، وذلك عكس الشخص الذي يتحمل الألم.أما في المرحلة الثانية (وقت اتخاذ القرار) فإن أفكار الشخص ونمط تفكيره، فتعتبر عاملاً مهماً يؤثر في سرعة اتخاذه للقرار بالذهاب إلى الطبيب، ويمكن لهذه الأفكار ان تؤثر من حيث:

1. إذا كانت الأعراض جديدة لم يسبق أن خبرها من قبل.
2. إذا قضى وقتاً طويلاً يفكر فيها، وبنتائجها. اما في المرحلة الثالثة (تأخر تطبيق المعالجة)، فتؤثر فيها عوامل مثل: إدراك المريض للفوائد أو النتائج الإيجابية لمعالجة، وللعوائق التي تحول دونها. فزمن التأخر في طلب العلاج يكون اقصر بالنسبة للأشخاص الذين هم اقل انشغالاً بتكاليف العلاج، أو خطورة الألم، ويشعرون بأن الأعراض يمكن الشفاء منها. كما تبين أن الذين تعرضوا لخبرات حياة كالزواج، والطلاق، والتنقل، ذات تأثير كبير في دفعهم لطلب العلاج.

ما المدة أو الفترة الزمنية التي يمكن للناس انتظارها قبل ذهابهم للمركز الصحي أو الطبيب بعد ملاحظتهم لأعراض المرض لديهم؟ لقد تبين أن نصف المرضى تقريباً، يمكنهم الانتظار اسبوع أو اقل، حتى يذهبوا لطلب العلاج، اما النصف الآخر فربما ينتظرون لمدة أطول قد تستغرق شهرين أو أكثر، وبعضهم قد يتأخر في ذلك لأنهم لم يسبق أن عانوا من أعراض مرضية من قبل، أو لم يمروا بخبرات سيئة في السابق، وقد تبين أن الشخص الذي لم يسبق أن عانى أعراضاً مرضية أو خبرات ألم، هو الأكثر تريثاً وتأخراً في سعيه لطلب العلاج.

تجدر الإشارة إلى أن الألم ليس مرضاً، ولكنه مؤشراً على وجوده، فالألم يختلف عن ارتفاع الضغط مثلاً، ولكنه مؤشر على وجود مرض معين كما هو الحال في السرطان، حيث يعاني الشخص من ألم في الإخراج، أو البول، أو الرئة/التنفس، أو ضيق في الصدر. والكثير من الذين يلاحظون هذه العلامات ينتظرون على الأقل شهراً أو أكثر قبل أن يذهبوا للطبيب أو المركز الصحي سعياً لعلاج، وأن 35٪ إلى 50٪ يتأخرون أكثر من ثلاثة اشهر (Hayes, et al, 1994).

رابعاً: اللقاء الأول بين المعالج النفسي والمتعالج:

## 1. معنى اللقاء الأول:

تتضمن عملية العلاج النفسي عدداً من المراحل والإجراءات لاتقتصر على تطبيق الوسائل والأساليب النفسية لتحقيق التعديل في سلوك العميل وشخصيته، بل تمتد لتشمل طرفيها: البدء، والانتهاء. ففي البدء يكون اللقاء الأول، وهو أول لقاء مع العميل المتعالج الذي قدم لزيادة العيادة النفسية. ويحتل هذا اللقاء الأول مكانة مهمة جداً في تحديد سير المعالجة النفسية لاحقاً. فما هو اللقاء الأول؟

اللقاء الأول: هو الاجتماع الذي يتم في مطلع ممارسة المعالج مهماته ونشاطه بين شخص يحتاج إلى المعالجة النفسية وقدم من أجلها، وشخص مؤهل لتقديم مثل هذه المعالجة. إنه الاجتماع الأول بين الاثنين، وجهاً لوجه، في إطار العيادة النفسية، وفي ضوء الشروط التي يحملها المتعالج معه، والأغراض التي يتوخاها المعالج نفسه.

يتم اللقاء الأول بعد الإحالة بأي من أشكالها (المذكورة آنفاً)، ويعمل المعالج فيها على توفير الثقة، والتعارف، والتعاطف الوجداني الذي سيؤسس للعلاقة الإكلينيكية العلاجية. وكثيراً ما ينطوي هذا اللقاء الأولي على مشاعر الحذر والتحفظ في عند المتعالج، كما ينطوي على الكثير من المشاعر التي تسود نفس المعالج في استقبال المتعالج.

### إجراءات اللقاء الأول:

على المعالج النفسي أن يقوم بإجراء اللقاء الأول للعميل بفعالية وإيجابية في جو مريح ومقبول يتيح للعميل التواصل والتفاعل بحرية. وأن يقوم بجمع المعلومات الضرورية والمتعلقة بمشكلات العميل. حتى تتاح له فرصة إجراء التقويم وتشخيص الحالة وإعداد الخطة العلاجية.

هناك بعض الاعتبارات العملية الهامة التي يجب قبولها بالنسبة للعميل طالب المساعدة والعلاج في العيادة النفسية. كالمراقبة والتسجيل. إضافة إلى فهم العميل للطريقة التي ستتبع والدور الذي سيلعبه أو يأخذه في المقابلة أو اللقاء. وبعد أن تتوضح مثل تلك الأمور، فإن على المعالج أن يسأل:

- ما سبب قدوم العميل للعيادة؟
- كيف يمكنني مساعدته؟

يبدأ المتعالج حديثه بعرض صعوباته ومشكلاته. ويقوم المعالج بتوجيهه بلطف وتوضيح أو شرح بعض النقاط، وإلقاء مزيد من الضوء عليها. ويمكن للمعالج أن يعود إلى توجيه أسئلته للمتعالج من أجل ضبط سير المقابلة وتوجيهها الوجهة المطلوبة:

- أرغب في العودة ثانية إلى مشكلاتك ثانية.
- لا شك أنني بحاجة لمعرفة المزيد عن مشكلاتك الحالية حتى أستطيع مساعدتك.
- أرغب في معرفة المزيد عن الأهداف التي تتوخاها من المعالجة حتى يمكنني مساعدتك.

وبعض العملاء يحتاج إلى مزيد من التشجيع والحزم منك كمعالج نفسي ليظهر التعاون والاستمرار في شرح صعوباتهم. وعندما تكون قد أنهيت أو أكملت مجالاً معيناً بشكل مقنع فإنه يمكنك أن تغيره إلى موضوع آخر عن طريق إتباع إحدى العبارات التالية:

- أعتقد أنني أفهم لماذا أتيت إلى هنا، أرغب في معرفة شيء عن الوضع الحالي لحياتك.
- أرغب في معرفة شيء عن خلفياتك وعائلتك.

إن عدداً من العملاء يأتون إلى العيادة النفسية من أجل معرفة سبب تعرضهم للمشكلة. وقد يكونون خائفين أو مضطربين مشوشين وقلقين أو منسحبين. وفي مثل هذه الحالات الصعبة، يحتاج المعالج إلى تهدئة هذا العميل عن طريق إظهار التفهم والتعاطف والاهتمام به وتقبله، وتزويده ببعض التفسيرات قبل التعرف على مشكلاته التي قدم طالبا المساعدة فيها.

غالبا ما يبدأ العملاء حديثهم عن صعوباتهم ومشكلاتهم ثم يصبحون قادرين بعد ذلك على الاستمرار لأن خبرتهم بالحديث لشخص آخر، هو بحد ذاته حالة مقلقة. ومن الشائع بالنسبة لبعضهم عند بداية كل مقابلة أن يقدم المعالج لهم الدعم والمساندة والتفهم والتقبل لا أن يجهد في طلب المعلومات إلى أن يستعيد وضعه الطبيعي. فإذا استمر الوضع على هذا النحو خلال المقابلة كلها، يكون على المعالج أن يتبع إستراتيجية ما يسمى "بإستراتيجية الاستمرار والدفع للأمام Pushing on" وبعضهم الآخر يأتي وعنده مشكلات وصعوبات خاصة تتدخل في جمع المعلومات أثناء المقابلة وتعيق الحصول عليها. لنلاحظ المثال التالي:

"بدأ العميل اللقاء بإعادة تقديم مشاعره السلبية حول السكرتير الذي استقبله في العيادة ومشاعره الثانية عن حديثه. لقد شدد على أنه كان سيغادر العيادة. ولكن مواقف الأخصائيين الذين قابلهم قد ساعده في العودة. ولا يعرف ما إذا كان سيقول شيئاً" .

وللتعامل مع مثل هذا الوضع. فإن من المهم للمعالج، أن يواصل مع العميل ويبدي احترامه له ومشاعره واهتماماته السابقة التي تبحث عن تلك المشاعر السلبية. وعندما يتحقق العميل من أن مشاعره قد قوبلت بتقدير واهتمام، فإنه يرغب في المزيد من التحدث عن مشاعره ومشاكله. ومن الواضح أنه بحاجة إلى التقدير الذي أبداه له المعالج قبل أن يتيح لنفسه التعبير عن أية علامة من علامات ضعفه.

كيف يتعامل المعالج مع قلق العميل في اللقاء الأول؟

إن عليك كمعالج نفسي أن تخلق توازناً بين المحاولات الحساسة بدرجة كافية ومحاولات الاحتفاظ بدرجة القلق في حدود السيطرة والتوجيه الممكنة. فالمعالج الجيد في المقابلة يكون حساساً لكل العلاقات والإرشادات اللغوية وغير اللغوية المزعجة الصادرة عن المتعالج، وأن يعيد طمأنته حولها مباشرة إذا كان ذلك ممكناً. (جون زارو، وآخرون، 2001). وهناك عدد من الجوانب التي يجب الانتباه إليها في اللقاء الأول:

1) قيمة الوقت: الوقت من أهم مقومات المقابلة أو اللقاء.

- حين نحدد موعد للمعالج يجب الا ندعه ينتظر طويلاً، حتى لايظن انه أُهمل.
- لا ينصح بأن يحضر قبل موعد المقابلة بوقت طويل.
- تأخير المتعالج عن موعد اللقاء يقلل من فترة استثماره ويؤثر في المقابلة التالية.
- لايجوز أن يقابل المعالج دون تحديد موعد مسبق، ولا ينتظر أن يستقبله في أي وقت يشاء.
- إذا كانت الحالة طارئة ويلح المتعالج على مقابلة المعالج، فيجب أن ينتظر ريثما ينتهي من المقابلات الأخرى التي حد فيها موعداً.
- ينصح الا تقل مدة اللقاء عن 30 دقيقة ولا تزيد عن 45 دقيقة.
- يفضل وجود ساعة على الجدار أو على المكتب.
- يجب على المعالج أن يترك فترة زمنية بين كل مقابلة وأخرى لا تقل عن 15 دقيقة.

2) المظهر الشخصي للمعالج:

للمظهر الشخصي للمعالج اهمية كبيرة، ولكن لا يشترط ملابس معينة وله حرية مطلقة في اللباس لأنه لا يمكن أن يرضي أذواق المتعالجين.

- أول ما تقع عليه نظر المتعالج هو لباس المعالج ومظهره، لأنه المثل الأعلى والنموذج الحسن.
- على المعالج أن يهتم بمظهره، وشعره، وعلى المتعالجة ألا تكون كاشفة عن ساقيها أو ذراعيها، وألا تغالي في مساحيق التجميل.
- أن تكون الملابس مناسبة لا تعني أن تكون غالية الثمن أو من أفخم عروض الأزياء.
- ولا يجوز للمعالج أن يقابل المتعالج بلباس رياضة، أو وقت فراغ. ولا يجوز للمعالجة (المعالج الأنثى) أن تقبل المتعالج بلباس سهرة أو حفلة غنائية.

3) استقبال المتعالج:

إن الانطباع الأول الذي يخرج به المتعالج من اللقاء الأول سواء كان جيداً أم سيئاً يتوقف على كيفية استقباله منذ اللحظة الأولى. وجرى العرف أن يستقبل العميل سكرتير يسجل فيها ملاحظات عامة واستمارة. ويستقبله السكرتير بابتسامة دافئة وكلمات طيبة تبعث الأمل فيه ويملأ الاستمارات، حيث يأخذها إلى المعالج. وبعد أن يطلع المعالج على هذه البيانات يكون فكرة سريعة عن الحالة، ثم يخرج إلى غرفة الانتظار حيث يستقبل العميل الذي ينتظره في غرفة الانتظار، على أن يستقبله في الموعد المحدد. وعلى المعالج أن يقدم نفسه له بابتسامة دافئة على النحو التالي:

المعالج: أهلاً وسهلاً، أعتقد انك الأخ (س) الذي جاء لمقابلتي، أنا (فلان) أو المعالج (ص) الذي سيتولى معالجتك والاهتمام بمشكلاتك. هل يمكنك أن تصحبني إلى حيثما نتشاور ونتبادل الحديث فيما جئت لأجله؟

4) توصيات عن اللقاء الأول:

- المبادرة بإلقاء السلام على العميل المتعالج مع ابتسامة لطيفة تبعث الأمل في نفسه.
- وضع المتعالج في إطار العلاقة المهنية منذ اللحظة الأولى تمهيداً لنقله إلى المقابلة.

- تقديم المعالج نفسه منذ اللحظة الأولى على أنه الدكتور (س) أو المعالج النفسي (فلان) أو الاختصاصي الإكلينيكي (ص) وينصح بوضع حد للتعامل بينهما دون إلغاء أي لقب، وعدم التعامل بالأسماء الأولى مباشرة، وضرورة عدم رفع الكلفة بينهما.
- عدم الإشارة إلى أن المتعالج قد جاء إلى المعالج لمساعدته على حل مشكلاته. ونؤكد على عدم ذكر كلمة "مشكلة" أو "اضطراب" على لسان المرشد عند استقباله حيث يمكن تأجيل ذلك حتى يتم الدخول في المقابلة.
- التأكيد على معنى التشاور منذ اللحظة الأولى "فلنشاور" وذلك للإشارة إلى الدور الفاعل للمتعالج في العلاقة العلاجية، ودوره الايجابي في المقابلة. ويفضل البعد عن صيغة الأمر مثل " تعال معي". وبدلاً من ذلك يقول له " هل يمكنك أن تتفضل معي حتى نتحاور".
- يفضل الا نقول له " تعال معي إلى غرفة المعالجة" مما يزعجه وتزيد من اضطرابه، ويجب استعمال كلمات بديلة مثل" هل يمكنك إن تصحبني إلى " مكتبي"أو" مكان هادئ"...
- يفضل أن يتقدم المتعالج عن المعالج في خطواته في طريقهما للعيادة النفسية او المكتب حتى لا يشعر المتعالج بأنه مسحوب إليها إذا تقدمه وسبقه المعالج في خطواته، وحتى يشعر بمسؤوليته نحو نفسه وأنه برغبته جاء طالباً المساعدة.
- يحذر من العبوس، أو النظرة السلبية، أو علامات الضيق، كما نحذر من الأسلوب السيئ لاستقبال المتعالج في اللقاء الأول كما في المثال التالي:

**المعالج:** أنت "س" الذي جئت من أجل مشكلة أو اضطراب تعاني منه. انا "ص" الذي يساعدك على معالجته. تعال معي إلى العيادة (أو المكتب) حتى أرى ماتعانيه. اتبعني إلى هناك.

(حدد عيوب هذا الاستقبال)

- لا يشترط في المقابلات التالية للقاء الأول أن يتم على هذا النحو، لأن المتعالج لن يحضر بعد ذلك إلا في الموعد المحدد بالضبط، وسيكون قد عرف مكان العيادة أو المكتب، كما أن البيانات الأولية أصبحت معروفة.فالمعالج يستقبل المتعالج في المرات التالية في مكتبه أو في العيادة، وذلك تدعيماً لمبدأ الايجابية في المشاركة من قبل المتعالج في المقابلة التي حضرها بنفسه وبثقة.

5) أهداف اللقاء الأول وأهميته: يهدف اللقاء الأول (أو المقابلة الابتدائية) إلى:

1. توفير ما يمكن جمعه من معلومات عن المتعالج بطريقة سريعة يتعذر الحصول عليها من أي مصدر آخر.
2. توفير العلاقة المهنية بين المعالج والمتعالج لتيسر سبل التعامل بينهما.
3. توفير بعض الأساليب السريعة التي تساعد المتعالج في مواجهة مشكلاته (إسعاف نفسي).
4. تحديد الأسباب التي دفعت المتعالج إلى الحضور إلى العيادة النفسية.

## 2. بين المتعالج والمعالج في اللقاء الأول:

يعتبر اللقاء الأول بمثابة اجتماع بين طرفين هما المعالج والمتعالج، وهذا الاجتماع شكل من أشكال الاتصال وهو الاتصال الشخصي الذي يتم بين شخص وآخر(على اعتبار أن الاتصال قد يكون شخصي، أو ذاتي، أو اجتماعي أو ثقافي). ويمكن النظر إلى هذا اللقاء أو الاتصال الأول من زاويتين: المتعالج واستعداده لتقبل المعالجة، والمعالج والإجراءات الهادفة لتكوين ذلك الاستعداد عند المتعالج.

### موقف المتعالج من تلقي العلاج:

يشتمل موقف المتعالج من تلقي المعالجة على أربعة جوانب هي: استعداد المتعالج لتلقي المعالجة، والعناصر المقاومة لهذا الاستعداد، واثر اللقاء الأول، وأثر الوسائل التي يستعملها المعالج.

- استعداد المتعالج لتقبل العلاج النفسي:

المقصود باستعداد المتعالج لتقبل المعالجة النفسية، الحديث عن العوامل والشروط المساعدة لدى لديه في تلقيه للمعالجة النفسية وزيارته للعيادة. فمن المعروف أن الاضطراب النفسي يأخذ أشكالاً متعددة، ولكنها جميعها تنطوي على مظاهر وسلوكيات يشترك فيها جميع المضطربين نفسياً، وأبرز هذه المظاهر والسلوكيات شعور المضطرب بالضيق، وتكران سلوكه الذي يعتبر غير مقبول، إضافة على ملاحظات الآخرين له ولسلوكه، وتعبيراتهم ومواقفهم حياله من جهة أولى، و رغبة المتعالج في التخلص مما يعانيه من جهة ثانية، تعمل جميعها على تكوين استعداده لتلقي المعالجة والاستفادة من لقائه بالمعالج في العيادة. وقد يكون وراء هذا الاستعداد نزوعه ليكون أقرب إلى الآخرين، وأبعد عن الألم والضيق الذي تسببه له حالته النفسية. فالمتعالج حريص على أن يحتفظ بمكانته المرموقة والسوية ضمن الأسرة، وأن يحظى بتقديرها ومكانته فيها، مثلما هو حريص على موقف الزوجة منه وموقف الأولاد كذلك. ومن النقاط الأخرى التي تساعد في تكوين استعداد المتعالج لتقبل المعالجة، المهنة التي يعمل بها ويمارسها وإنتاجه فيها. فهناك بعض الأذى والخلل الذي لحق بعمله وإنتاجه بسبب اضطرابه، ويكون هو بنفسه قد رأى ذلك، أو رآه الآخرون، حيث يلاحظ تأثر عمله وإنتاجه بما يعانيه من اضطراب نفسي، من هنا فهو يحرص على استمرار عمله بشكل حسن، وأن يبتعد فيه عن أي تقصير. من هنا يسعى في طلب خدمات المعالج النفسي ليعود إنتاجه وعمله إلى وضعه الطبيعي والمقبول. والنقطة الثالثة التي تساعد في تكوين استعداد المتعالج لتلقي المعالجة، هي خبرات العيادة النفسية وخدماتها، فمن جهة أولى ربما يكون قد سمع الكثير من المديح و الثناء من الآخرين عن العيادة النفسية وخدماتها، وما يستطيع المعالج النفسي تقديمه للآخرين،وتخليصهم مما يعانونه، ومن جهة ثانية قد يكون هذا المديح دافعاً له لاختيار عيادة نفسية معينة أو معالج نفسي دون آخر، وهذا ما يساعد في تكوين علاقة قوية بين المتعالج والمعالج في اللقاء الأول مما يدعم استعداد الأول لتلقي المعالجة.

إن فهم العميل المضطرب لمشكلاته ووعيه بمخاطرها وإمكانية تطورها، بما تنطوي عليه من مشكلات، وغرابة في السلوك، قد تكون دافعاً قوياً لديه يدفعه للسعي في طلب المعالجة النفسية وزيارة العيادة النفسية، خشية أن تتطور حالته إلى مزيد من التعقيد. والنقطة الأخرى المرتبطة بذلك هي النظام الدفاعي وآليات الدفاع النفسية لديه، ومكانتها في استعداده لتلقي المعالجة. فبعض الأشخاص يعتمدون المرونة في الدفاع، ويوصف آخرون بالتصلب والجمود في نظامهم الدفاعي وقلة في المرونة. فأصحاب الفئة الأولى (المرنة) تتصف بالسهولة في تلقي المساعدة النفسية، على العكس من أصحاب الفئة الثانية (التصلب أو الجمود) التي تكون أكثر صعوبة في تلقي المعالجة النفسية، وكثيراً مايحتاج هؤلاء إلى إجراءات داعمة لتزيد من استعدادهم لتلقي المعالجة.

إن النصائح المستمدة من مصدر الإحالة التي يركن إليها المتعالج، تساعد في :

- تفسير الأعراض وفهمها .
- تساعد في تقديم نصائح تتعلق بطلب المساعدة النفسية المتخصصة.
- تساعد في تقديم توصيات ونصائح للآخرين الذين شملتهم منظومة الإحالة.

بالرغم من أن منظومة الإحالة المعتمدة ذات مصدر مهم للنصائح والمساعدة في طلب العلاج، إلا أنها تبقى دون مستوى النصائح المتخصصة التي تصدر عن طبي مختص. من هنا نميز بين نصائح المتخصص (العارف) وبين غير المتخصص (إنسان عادي)، (مخلوف، 1991).

- العوامل المعاكسة عند المتعالج لتلقي العلاج النفسي:

المقصود بالعوامل المعاكسة هنا، جميع الشروط التي تمنع العميل من زيارة العيادة النفسية، والتي تعيق تكوين استعداده لتقبل المعالجة. فهناك عدد من العوامل والشروط التي تضعف استعداد المتعالج لتقبل المعالجة هي:

- العوامل والشروط الفيزيقية أو البيئية المحيطة التي تتصل بالعيادة وطريقة الوصول إليها، فإذا كانت العيادة النفسية في مكان واضح المعالم وبمنطقة معروفة بحيث تكشف بسهولة عمن يدخل إليها، فإن ذلك يعتبر عائقاً فيزيقياً، يضعف استعداد المضطرب العميل على زيارتها، والأمر نفسه إذا كانت العيادة في مكان بعيد بحيث يتطلب الوصول إليها الكثير من الوقت والجهد والنفقات. من جهة ثانية، فإن العيادة النفسية غير المجهزة بوسائل راحة، قد تخلق حالة من الضيق عند المتعالج، وتضعف لديه استعداده للاستمرار في زيارتها. من هنا يجب أن يتم تنظيم العيادة في مكان وإطار بيئي مناسب، وأن تجهز بتجهيزات جيدة تدعم استعداد المتعالج على زيارتها وبالتالي استمراره في متابعة المعالجة.
- نقص المعلومات عند المتعالج عن العلاج النفسي، وأشكال هذا العلاج، مما يولد لديه قلقاً وحذراً في موقفه من العيادة والمعالجة.من جهة أخرى، فقد يكون لدى المتعالج معلومات عن المعالجة النفسية ولكنها خاطئة أو غير دقيقة، أو يكون قد سمع من آخرين انتقادات كثيرة وتهجم على العيادة النفسية والعاملين فيها، فإذا شعر بحاجته لزيارتها سيمر بحالة ضيق وتردد تضعف لديه استعداده لزيارتها.
- العوامل المتعلقة بنمط حياة العميل ونوع مهنته والمسؤوليات التي يتحملها. فإذا كان يمارس عملاً مهماً ويتحمل مسؤوليات كثيرة، مما يؤثر في تنظيم وقته، وزيادة الأعباء الملقاة على عاتقه، فإن رغبته في ترك العمل – بهدف زيادة العيادة – ستضعف لديه دافعيته لزيارة العيادة بحيث لا يستطيع ترك العمل مدة من الزمن قد تطول. خاصة إذا علمنا أن المعالجة النفسية قد تستغرق جلسات متعددة وطويلة ولمدة زمنية قد تمتد لأسابيع أو أشهر. والأمر نفسه إذا كان غيابه عن عمله قد يؤدي على حسم من راتبه إذا كان موظفاً، أو تؤدي إلى انخفاض دخله ومصادر رزقه إذا كان يمارس عملاً ما. الأمر نفسه بالنسبة للمتعالج الذي يكون طالباً في مدرسة أو جامعة، ويكون ارتباطه بها شديداً ولاتسمح له الظروف التعليمية والأكاديمية بتركها وزيارة العيادة. من هنا نلاحظ الكثير من الطلاب تضعف لديهم دافعية زيارة العيادة النفسية

حين يكون موعد الزيارة في وقت دروس مهمة، أو امتحان ما، أو يؤثر اللعب مع أقرانه ولايريد التخلي عنه. من هنا يجب على المتخصصين بالمعالجة النفسية أخذ هذه الجوانب بعين الاعتبار عند تحديد مواعيد زيارة العميل للعيادة.

- الطبيعة الذهنية والنفسية للمتعالج وخاصة في بلدان العالم النامي ومنها البلدان العربية. فقد حدد مصطفى حجازي أن من أهم الخصائص النفسية للإنسان المتخلف هي عقدة النقص وعقدة العار. فعقدة النقص تجعله يتجنب كل جديد ويتجنب غير المألوف، وإذا خرج من دائرته الضيقة يشعر بالغربة فيجمد في الزاوية، إنه يخشى التجريب ويتشبث بالقديم. أما عقدة العار فتخلق لديه حالة دفاع دائم ضد افتضاح أمره (فضيحة العجز والمرض..) فيجعل همه الأول "التستر"، لأن نظرة الآخرين وتعليقاتهم تهدد مكانته "جرح نرجسي" وهذا يشكل أكثر مواطن الوجود الإنساني ضعفاً ومساً بكبريائه وكرامته. وينطبق ذلك على فئات المجتمع المختلفة ذات الحظوة وغيرها (حجازي، 1986) من هنا يمكن القول بأن ذهنية الفرد في مجتمعاتنا تجعله يتمسك بالقديم (العلاج التقليدي والروحاني)، كما يسعى جاهداً لعدم افتضاح أمره حين يتعرض لاضطراب نفسي ما، حتى يتجنب كلام الآخرين وليحتفظ بمستوى نرجسيته و "كرامته"، وهذا جميعه يعاكس استعداده لزيارة العيادة النفسية.
- الخبرات السابقة التي عاشها العميل المضطرب في مناسبات سابقة، والتي يحتمل أن يكون قد تعرض لضيق وانزعاج من العيادة، أو من المعالج نفسه. إن مثل هذه الخبرة ستؤثر سلباً في استعداده لزيادة العيادة لاحقاً، وسيكون لهذه الخبرة التأثير الأكبر إذا لم يتلقى العميل المتعالج معلومات جديدة تعدل المعلومات والآراء السابقة.

إن خبرات الشخص السابقة من أهم العوامل التي تؤثر في تفسير الأعراض وفهمها وفي طريقة التعامل معها. فمعرفة الشخص بحالته الراهنة، وما يظهر عليه من أعراض، مستمدة من الخبرات السابقة التي مر بها، والتي تلعب دوراً مهماً في اتخاذ قرارات حاسمة حول هذه الأعراض وما إذا كانت بحاجة لعلاج سريع، أو يجب تجاهلها. إن هذه المعرفة المستمدة من الخبرة السابقة، هي التي تساعد في الوصول إلى أحكام مناسبة عن الحالة والأعراض. فقد بينت بعض الدراسات أن من أهم

العوامل التي تؤثر في اتخاذ الشخص قراراً لطلب المساعدة والرعاية الصحية المتخصصة، هي المعرفة المستمدة من خبراته الشخصية السابقة. ولكن أحيانا هذه الخبرات السابقة، قد لا تكون كافية للوصول إلى أحكام دقيقة عن الأعراض والحالة التي يمر بها الشخص، مثلاً، يعمل الكثير من المسنين على تفسير أعراض أو مظاهر التعب، والضعف التي يمرون بها على أنها نتيجة التقدم بالسن، وأنها ليست مؤشراً أو أعراضا لمرض معين، فمثل هذا التفسير المستمد من معرفة سابقة، قد لا يكون دقيقاً، فيمكن لأعراض التعب والضعف أن لا ترتبط بتقدم السن، وبالتالي تعتبر مؤشراً على حالة مرضية معينة تحتاج على مساعدة متخصصة. من جهة ثانية فإن الشخص الذي عانى الكثير من الأعراض المرضية، أو مؤشرات الاضطراب قد يكون أكثر تعرضاً للضغوط النفسية الناتجة عنها، مما يؤثر في تفسيره وإدراكه لها، وقد يدفعه ذلك للمبالغة في تفسيرها. إن مثل هذه الخبرات، قد تدفع الشخص إلى الاهتمام ببعض الأعراض، وتجاهل بعضها الآخر في حياته الشخصية، وقد يتجاهل أعراضاً تكون مؤشراً حقيقياً على مرض خطير يتطلب رعاية سريعة. إن الخوف الذي يعيشه الشخص قد يدفعه لاتخاذ إجراءات وقائية، ويمكنه أن يدفعه لإتباع سلوك التجنب أو الانسحاب غير التكيفي (عبدالله، 2009).

- مكانة اللقاء الأول في استعداد المتعالج لتلقي العلاج النفسي:

يحتل اللقاء الأول بين المعالج والمتعالج مكانة مهمة جداً في استعداد ودافعية الثاني لتلقي العلاج وفي قوة أو ضعف هذا الاستعداد، وبسبب هذه الأهمية يعيره المعالج النفسي اهتماماً خاصاً، كما يظهر في جانبين: الأول هو الجو العام الذي يحيط بهذا اللقاء، والثاني نوع العلاقة بين المعالج والمتعالج.

بالنسبة للجانب الأول أي الجو العام الذي يحيط باللقاء الأول، فإن المعالج يواجه متعالجاً لأول مرة، ويعاني من اضطراب وصعوبة أو ضيق ناتجة عن هذا الاضطراب، وهذا الاضطراب يحمل صفة الجدة، والتفرد والخصوصية، ولديه دافعية عالية في التخلص من ذلك عن طريق العلاج النفسي الذي يعتبر التخاطب والاتصال اللفظي وغير اللفظي وسيلته الأساسية. يسعى المعالج نتيجة ذلك إلى أن

يهيئ الجو العام في لقائه بالمتعالج بحيث يخلق لديه نوعاً من الطمأنينة وخفضاً للضيق، ونوعاً من التحمل والصبر، وليكون أكثر شعوراً بالتعاطف، والألفة، والتعاون، والرغبة في تلقي العلاج. من هنا يجب على المعالج أن يسأل نفسه السؤال التالي في اللقاء الأول بالمتعالج: كيف أخلق لدى المتعالج شعوراً بأنه أتى إلى المكان المناسب في طلب المساعدة، وأنه يلاقي الترحيب والتعاطف، وأنه لن يصاب بأي ضرر أو أذى من خلال المكاشفة التي تسود هذا اللقاء؟

أما بالنسبة للجو العام، فبما أن الوسيلة الأساسية التي يعتمدها المعالج هي التخاطب والاتصال، فإن، طريقة البدء بالكلام، ونوع الموضوعات التي يتم طرحها، يجب أن تكون مما يخلق نوعاً من الراحة لدى المتعالج وتقبله للمكان الذي قدم إليه. فالتحية، وحسن الترحيب، والإضاءة الجيدة، والجلوس المريح، من الشروط المهمة في اللقاء الأول. من جهة أخرى فحين يبدأ المعالج بالحديث عن أمور عامة : مثل هل واجهت صعوبة في الوصول إلى العيادة؟ كيف الطقس اليوم؟ فيجب ألا يطول الحديث عن مثل هذه الموضوعات العامة، حتى يتاح الوقت للدخول في الموضوعات المتعلقة بالمشكلة أو الاضطراب النفسي. وحين يتم البدء بالحديث عن هذه المشكلة أو الاضطراب، يجب على المعالج أن يترك مجالاً للمتعالج للحديث حتى يخلق لديه حالة من الطمأنينة بالتعبير عن ذاته، وتفحص كل منهما للآخر ومستواه الفكري وثقافته. إن هذا التواصل والتخاطب بين الطرفين يتيح للمعالج التعرف على الخبرات السابقة للمتعالج (زياراته السابقة للعيادة النفسية مثلاً، أو ما سمعه من الآخرين عنها)، كما تساعده في تحديد الطريقة التي سيسلكها في سير المعالجة عموماً: كالسلوكية، أو الإنسانية، أو المعرفية .

- مكانة الأجهزة والوسائل في استعداد المتعالج للعلاج النفسي:

تحتوي العيادة النفسية عدداً من الوسائل والتجهيزات اللازمة في سير المعالجة النفسية. فالتسجيل أداة ضرورية، كما أن الاختبارات والمقاييس النفسية كثيرة ومتنوعة، ويعضها يكون لازماً لكل المتعالجين: مثل مقاييس الذكاء والشخصية ومقاييس الصحة النفسية/الاضطرابات النفسية (مثل مقاييس القلق،

والاكتئاب، والمخاوف، وغيرها من الحالات الإكلينيكية). من جهة ثانية قد تحتوي العيادة النفسية على بعض الوسائل والأشكال المثيرة وخاصة حين نتعامل مع الأطفال وحين نعتمد العلاج باللعب والتمثيل في المعالجة. إضافة إلى استخدام الحاسوب في التشخيص والتنبؤ من خلال تغذيته بالأعراض والعلامات التي يحصل عليها المعالج النفسي وتلخيصها بصورة تشخيص، وبعض وسائل جمع المعلومات: استمارة المقابلة، وسلالم التقدير، ونموذج دراسة الحالة وغيرها. إن هذه الوسائل والأدوات جميعها يجب أن تكون مساعدة في توفير جو مشجع لعملية العلاج. ومن المعروف أن بعض المتعالجين قد يثيرهم الشك والريبة حين يرون بعض الأدوات والوسائل، أو طريقة وضعها في العيادة أو استخدامها، مما يخلق لديه نفوراً وعدم تعاون. وما يقال عن دور هذه الوسائل والأدوات يقال عن تكليف المتعالج بمهمات أو أعمال إضافية وقد تكون مجهدة أو تحتاج إلى وقت طويل منه مما يخلق لديه نفوراً وتضعف لديه الاستمرار بالمعالجة. بشكل عام نقول: إن الإطار العام المادي والتجهيزي داخل مكتب المعالج النفسي في المستشفى أو العيادة النفسية قد يحتوي على عناصر تضعف استعداد المتعالج لتلقي المعالجة.

- الإجراءات الهادفة إلى دعم استعداد المتعالج لتلقي العلاج:

بما أن استعداد المتعالج لتلقي العلاج النفسي يحتل هذه المكانة المهمة في سير المعالجة النفسية، فقد ركز علماء النفس الإكلينيكي والصحة النفسية على الإجراءات التي تساعد في دعم استعداد المتعالج لتلقي العلاج، ويظهر الاستعداد بشكل عام، قبل اللقاء الأول أو أثناءه. من هنا سنتحدث عن هذه الإجراءات من ناحيتين: إجراءات دعم استعداد المتعالج قبل اللقاء الأول، وإجراءات دعم استعداد المتعالج أثناء اللقاء الأول وفي المقابلات التالية.

- **الإجراءات العامة في دعم استعداد المتعالج لتلقي العلاج والتي تسبق اللقاء الأول بين المعالج والمتعالج:**

هناك عدد من الإجراءات التي يعتمدها المتخصصون بالصحة النفسية والعلاج النفسي والتي تساعد في دعم استعداد المتعالج لتلقي العلاج، من هذه الإجراءات المحاضرات العامة التي توجه في مناسبات مختلفة، وفي إطار مخاطبة الناس، بحيث تتناول موضوعات الصحة النفسية والرعاية النفسية وخدمات المعالجة والتي تتنوع أشكالها بتنوع المناهج: الوقائية، والداعمة، والعلاجية. ويتم التركيز بشكل خاص على المناهج الوقائية في مثل هذه المحاضرات بما يتيح مزيد من التوعية لتلافي عوامل الاضطرابات النفسية أو تفادي آثارها على الأفراد والمجتمعات. ويمكن أن تقدم مثل هذه المحاضرات من خلال الندوات في المراكز الثقافية أو عبر وسائل الإعلام كالتلفزين، أو عبر الإنترنت، أو الرسائل النصية (الجوالات). ومن الإجراءات المستخدمة تقديم تسهيلات للأشخاص العاملين والمترددين على مؤسسات المجتمع المختلفة، وخاصة مؤسسات الخدمة الاجتماعية: جمعيات رعاية الطفولة، والأيتام، والشيخوخة، والأحداث، والمسنين، والمعاقين لزيارة العيادة النفسية وتلقي العلاج. من جهة ثانية يجب إعلام وتوجيه السلطات والمؤسسات التربوية والاجتماعية والمهنية، والقضائية بضرورة إحالة referral الأشخاص الذين يحتاجون لخدمات العيادة النفسية، ودعم زيارتهم لها. وتلعب الدراسات والبحوث النفسية والاجتماعية دوراً مهماً من خلال الكشف عما يتعرض له المجتمع من اضطرابات نفسية واجتماعية ونسبة انتشارها، وعما يمكن أن تؤدي إليه من نتائج ايجابية مراجعة العيادات النفسية وتلقي العلاج فيها، وبما يساعد في خفض نسبة انتشار هذه الاضطرابات. وتؤدي وسائل الإعلام بأشكالها المختلفة المرئية، والمسموعة، والمقروءة خدمات مباشرة وغير مباشرة حين تسعى إلى تزيد الأفراد بمعلومات مفصلة عن أسئلة يتم طرحها حول الاضطرابات النفسية، وأعراضها، وعواملها، وما يمكن أن يفعله الناس لمواجهتها، كما هو الحال في موضوع: الضغوط النفسية، وآثارها النفسية والجسمية، وعواملها، وكيفية مواجهتها أو التعامل معها. فهناك الكثير من أساليب التعامل المناسبة التي يمكن للناس اكتسابها وإتباعها في مواجهة الضغوط النفسية وتخفيف آثارها على

الشخصية. ومن الإجراءات التي تتبع في دعم استعداد المتعالج لتلقي العلاج التربية في الأسرة والمدرسة وخاصة دور القدوة والنموذج الذي يساعد في بناء مثل هذا الاستعداد خاصة مع وجود المرشدين النفسيين في المؤسسات التربوية، وما تقوم به من دور مهم في هذا المجال.

- الإجراءات الخاصة بدعم استعداد المتعالج لتقبل العلاج خلال اللقاء بين المعالج والمتعالج:

حين يأتي المتعالج إلى العيادة النفسية، أو إلى مكتب المعالج النفسي في المؤسسة الصحية أو الاجتماعية في اللقاء الأول، فإنه يهتم بمسألة كشف درجة استعداد المتعالج لتلقي العلاج، وكذلك الطريقة التي يدعم من خلالها هذا الاستعداد خلال سير المعالجة بجلساتها المختلفة. وهناك العديد من الإجراءات التي يمكن عن طريقها دعم هذا الاستعداد بصورة مباشرة وغير مباشرة.

يأتي المتعالج إلى العيادة النفسية طالباً العلاج، ولديه رغبة في التخلص مما يعانيه، ويحمل قلقاً من التصرفات والسلوكيات غير المقبولة لديه، والتي لاحظها الآخرون، من هنا يكون على المعالج النفسي تقدير وتقييم ما هو موجود عند المتعالج بحيث يوضح له عدم الرضا عن وضعه، ويبرز لديه حالة الاضطراب الذي يعانيه، ومظاهره وآثاره، مما يساعد في دعم اندفاعه لتلقي العلاج والتخلص مما هو فيه.

من جهة ثانية قد يصدر عن المتعالج – بتأثير دوافع لاشعورية – مظاهر سلوكية تكشف عما يضايقه ويقلقه دون أن يكون هذا سبب انحرافه واضطرابه، وعلى المعالج ألا يتسرع في إصدار حكمه على الأعراض هي ظاهرية شكلية أم حقيقية. فإذا صرح المتعالج بأنه يعيش حالة انحطاط الطاقة، وعدم الاكتراث بشؤون الحياة اليومية، فيجب ألا يسترع المعالج بتقديم شرح مبسط للمتعالج بأنها حالة طبيعية، يمكن أن تدفعه لعدم الاستمرار في المعالجة، خاصة وأن الكثير من هذه الحالات تكون نتيجة دوافع لاشعورية، أو تظهر من خلال آليات دفاع نفسية تعمل عملها بشكل مرضي في الشخصية.

ومن الإجراءات التي يتبعها المعالج في دعم استعداد المتعالج للعلاج، احتفاظه بالمقاييس والاختبارات النفسية والعمل على تطويرها باستمرار، بما يساعده في تقييم شخصيته، ويمكن أن يعدل فيها دائماً، حسب المواقف العلاجية. كما يمكنه استخدام الكمبيوتر في عملية التقييم والتشخيص من خلال دعمه وتزويده بالعلامات والأعراض التي يحصل عليها باستمرار، مما يتيح له الثبات، ويمكنه من استخدام قواعد تنشأ عن عينة كبيرة الحجم وأكثر تنوعاً من أي عدد من العملاء. ويجب على المعالج أن يتفحص كل ما يقوله المتعالج وما ينطق به، مما يدل على قوة استعداده لتلقي العلاج أو ضعفه.

وعلى المعالج النفسي أن يقوي استعداد المتعالج لتلقي العلاج من خلال إظهار التفهم، والتعاطف الوجداني، والتقدير غير المشروط، ومعايشة مشكلته واضطرابه، ويبين له أن ما يعرضه هنا يدخل في مجال السرية. أن مثل هذا التقبل، وهذه السرية، تساعد في بناء الثقة بين الطرفين. كما يدخل في هذا الإجراء الإطار الفيزيقي والبيئي للعيادة النفسية أو المكتب العلاجي، بحيث يحتوي على الوسائل والتجهيزات اللازمة، وأن يكون حسن الإضاءة والتهوية والألوان.

كيف ينهي المعالج اللقاء الأول؟

إن من الأهمية بمكان أن يتيح المعالج فرصة لتحديد انطباعات العميل المتعالج والتعرف عليها حتى نهاية المقابلة أو اللقاء الأول. وعندما يفعل ذلك، فإنه لا يجوز أن يقاطعه وهو في ذروة النقاش والحديث. ومن الأفضل الاستمرار حتى يهدأ وينتهي من حديثه وملاحظة ما يرافقه من انفعالات قدر الإمكان حتى نهاية الجلسة. ويجب على المعالج أيضاً تلخيص مشكلات المتعالج وصعوباته التي عرضها خلال هذا اللقاء، وأن يشعره بأنه مستعد لتزويده بنتائج تقييم مشكلاته في نهاية المقابلة، لأن مثل هذا التقييم يعتبر بمثابة تغذية راجعة مهمة و إعادة طمأنة له.

## 3. سلوك طلب العلاج النفسي لدى المتعالج العربي:

بشكل عام، يتحمل الإنسان العربي الأزمات النفسية والضائقات فترة طويلة قبل أن يطلب المساعدة النفسية. فقد بينت بعض الدراسات أن من بين العملاء الفلسطينيين الذين طلبوا المساعدة في مراكز إرشادية وعلاجية ما نسبته 44 ٪ منهم قدموا للمعالجة بعد سنوات من التردد والحيرة، وأن 44 ٪ قدموا بعد أشهر، في حين أن 11 ٪ قدموا بعد أسابيع، و 6 ٪ قدموا فوراً دون تأخير (Dwairy 1998) .

يصف المتعالجون العرب طلب العلاج النفسي بأنه عملية يوصم فيها الفرد بالجنون، ولذلك فإنهم يتجنبون الذهاب للعيادة النفسية وطلب المعالجة. وفوق ذلك يعتقدون بأن الأطباء والمقربون، وأعضاء الأسرة هم الذين يملكون قدرة المساعدة ومعالجة المرضى، أما مقابلة الطبيب النفسي والمعالج النفسي فهو الحل الأخير(Okasha 1994).

يلعب المعالجون التقليديون دوراً كبيراً في العلاج النفسي في الأقطار العربية. إنهم يستعملون طرقاً مثل الحجاب Amulets وكذلك التعويذة Incantations، وهناك نسبة 60 ٪ من المرضى خارج المستشفى في كلية طب القاهرة، ومن مستوى اجتماعي واقتصادي منخفض قد طلبوا أساليب العلاج التقليدي، ثم قدموا طالبين المعالجة النفسية في مراحل متأخرة. إن العائلات العربية لا تشجع البقاء الطويل في المستشفى لمرضاهم، إنهم يشعرون بأنهم قادرين على تحمل المسؤولية في العناية بمرضاهم، وقد قرر عكاشة أن العناية ورعاية العجائز والمعمرين المخبولين خارج نطاق العائلة يوصمهم بالخجل. كما إن والدوا الأطفال المتخلفين عقلياً وذوي النشاط الزائد، يشعرون بمسؤولية أولية تجاههم أكثر من العمل على إدخالهم المؤسسات العلاجية، هذه المواقف والاتجاهات عينها ظهرت في قطر (El – Islam 1982) .

أثناء التواجد في المستشفى أو العيادة النفسية، تستمر العائلة العربية في تقديم الدعم والمساعدة، حيث يظهر متطوعون للبقاء مع المتعالج، وتقديم الدعم له، وتمكث مجموعة معه لعدة ساعات بالمستشفى، ويأتون له بالطعام من المنزل كما يقدمون له المساعدة. هذه الطريقة الاجتماعية الثقافية في تقديم الدعم والمساندة تبدو غير طبيعية في البلاد الغربية لأنها تعتبر تدخلاً وتطفلاً، وقد ميز ميلز و لا فيفر Meleis and La Fever 1984، ان المرضات والأطباء في الولايات المتحدة يصفون أفراد الأسرة العربية بأنها "قلقة" و "تطفلية" أو أنها تتدخل في شؤون الغير وأن المتعالج العربي متحفظ unpopular ومزمن chronic.

يدخل الذكور المؤسسات العلاجية والإرشادية طالبين المساعدة، أكثر من النساء، وقد بينت إحدى الدراسات الإكلينيكية، أن من بين العملاء والمضطربين الذين قدموا للعيادة النفسية، كان هناك 65 ٪ ذكور، وكذلك الأمر في القاهرة كما بين عكاشة، وأن النساء أكثر عرضة وقابلية للوصمة بأنهن قدمن للمعالجة النفسية. فالأسرة تحاول دائماً أن تخفي الاضطرابات النفسية للإناث وأن تعالجها وتتعامل معها بمفردها. كما أنها تعتبر بعض الاضطرابات النفسية كالقلق والمخاوف أمراً طبيعياً. أما الذكور فلا يتم إخفاء اضطراباتهم وحالتهم، وهذا ما يجعل عملية إحالتهم إلى العيادة النفسية أو مستشفى الأمراض العقلية أسهل. لقد بدا أن المقاومة الطبنفسية تظهر بالنسبة للإناث في الحالات الحادة حين يكون اتخاذ القرار من قبل الأسرة، ولذلك فالنساء يتم إحالتهن لمستشفى الأمراض العقلية أكثر من الرجال، ونسبة الإناث مقارنة بالذكور في المستشفيات النفسية بالسعودية كانت قد بلغت 1,6 \ 1 (Rufaie and Mediny 1991).

إن العملاء أو المتعالجين في البلدان العربية عادة لا يعرفون ولا يعون مزاجهم وانفعالاتهم، وفي النتيجة تظهر لديهم العلاقات الأسرية الداعمة والتفاعل العائلي بشكل مفرط، وتتظاهر شكواهم بمظاهر وأعراض جسمية باستخدام أنماط رمزية مثل "إن قلبي يشبه الغرفة المغلقة " أو "إن قلبي ميت". واستناداً إلى هذه المعتقدات فإنهم لا يتحكمون بسلوكهم.

إن العميل المتعالج لا يظهر تحملاً للمسؤولية فيما يتعلق بحالته المرضية، بل يزيح هذه المسؤولية ويلقيها على عاتق المعالج الذي تقع عليه مهمة علاجها. وغالباً ما يبدي المتعالج حالة من الصمت ويتوقع من المعالج أن يقدم له كل شيء. ولأنه يعتبر أن عملية التقييم والتشخيصي والفحص الشامل بمثابة عمل تطفلي يقوم به المعالج النفسي، فإنه غير متعاون وضعيف التواصل حين يتم سؤاله. من جهة ثانية، فإن إجابات المريض غالباً ما تكون غامضة وغير محددة لأنه لا يقتنع بوجود علاقة بين المعلومات الشخصية والصحة. إن مصطلح تطوير الذات والعمل على رفع قيمة الذات غير معروف في المجتمعات العربية عموماً. و جميع أشكال السلوك المرتبطة بالثقافة والمجتمع يساء فهمها من قبل المعالجين الغربيين حيث يعتبرونها مقاومة أو عدم نضج.

عموماً يتوقع المضطربون النفسيون أو المتعالجون العرب دوماً الشفاء التام، وأن الدواء (العقاقير والحقن) هو الأكثر فعالية، ولذلك لا يقتنعون بأهمية العلاج النفسي (العلاج بالكلام والتخاطب والعلاج النفسي والسلوكي). إن العلاج غير المباشر والعلاج طويل المدى قد يحبط المتعالج، من جهة ثانية، قد يعيق سلوك طلب المساعدة النفسية نظرة الإنسان العربي إلى المعالج الذكر والأنثى، حيث أن المجتمع رجولي (حجازي، 1982)، ويتأثر المتعالج بمواقف النوع (ذكور، إناث)، فالمتعالج العربي يفضل ويحترم المعالج الذكر أكثر من المعالجة (الأنثى). كما أن المعالجات يعانين غالباً من صعوبات ومشكلات برأيهم مما يؤثر في طلبهم للمعالجة إذا كان المعالج أنثى. ومع ذلك فقد وجد ريسي(1980) Racy أنه حتى في المملكة العربية السعودية تفضل المريضات (المتعالجة/الأنثى) المعالجون على المعالجات. وقد وصف ريسي أيضاً سلوك المريضات السعوديات، وبين أنهن يأتين إلى العيادة النفسية أو مستشفى الأمراض النفسية مع ذكر أو مع عدد من افراد الأسرة حيث يظهر عليهن الإنهاك والاعتمادية على فرد من أفراد الأسرة الذكور، وتنحين بتثاقل ليجلسن على الكرسي ولاتقلن شيئاً، يهززن أكتافهن ويقلن "لا أعرف"، وهذه العبارة إجابة شائعة جداً، كما لا يجبن إلا حين يتم التأكيد والضغط عليهن للإجابة. إن الصعوبات النفسية ومشكلات التفاعل التبادلية (الشخصية الاجتماعية) يتم

نكرانها أو رفضها، ويتأكد المعالج من أن كل شيء جيد وأن الجميع سعداء. أما الغضب فيتم تحويله إلى الحزن أو الارتباك ولوم الذات، خاصة عندما لا يكون موضوع الغضب ومصدره معروفاً. وقد تظهر المضطربة (المتعالجة) المشكلة بأعراض جسمية مما يعيقها عن متابعة مسؤوليات المنزل والأسرة، ويتيح لها قضاء فترات طويلة من الراحة. إنها لا تظهر مسؤولياتها عند مرضها، لذلك تتوقع أن يتم فحصها وعلاجها عن طريق الدواء، فالحقن والعقاقير ذات الكبسولات الكبيرة الحجم هي المفضلة والمرغوبة عندهن.(Racy1980) وجميع هذه العوامل ذات تأثير مباشر في سلوك طلب المعالجة النفسية.

في أقطار عربية أخرى وخاصة المتحضرة منها، يختلف سلوك العملاء المتعالجين عن هذه الأمثلة المأخوذة من المجتمع السعودي. وقد بين (ريسي) أنه مع المتمدنين العرب، يبدو سلوك المصابين بالاكتئاب شبيه بما هو موجود عند الغرب. فمن بين المضطربين أو المتعالجين الفلسطينيين الذين قدموا إلى العيادة، كان هناك 29 ٪ منهم، قدموا لزيارة العيادة دون إخبار أسرهم، و 12 ٪ منهم قدموا رغم معارضة أهلهم.

إن من الصعب الحفاظ على العلاقات والروابط المهنية مع المتعالجين العرب. وهم يفضلون دوماً مناقشة مشكلاتهم وصعوباتهم من خلال زيارة اجتماعية إلى المنزل أكثر من مناقشتها في العيادة. من جهة أخرى فإنهم دوما يأتون متأخرين عن موعد الجلسة العلاجية، وكثيراً ما يخطئون في المواعيد ويدعون المعالج إلى زيارتهم في منزل العائلة وتناول الطعام مع أفراد الأسرة. إن استجابة المعالج السلبية لمثل هذه السلوكيات كثيراً ما تكون هجوماً ورفضاً.

بالرغم من أن أكثر المعالجين العرب قد واجهوا حالات مرضية وصعوبات لمتعالجين خلال جلسات علاجية طويلة المدى، فإنه لا توجد معلومات حول مستويات النوم أو الإنهاك. فقد كان هناك 15 ٪ فقط من الذين استمروا في المواظبة على جلسات العلاج التي بلغت عشرة جلسات. ونسبة 49 ٪ منهم انقطعوا عن جلسات العلاج حين لاحظوا تحسناً مبدئياً خلال الجلسات الأولى (الجلسات الخمس الأولى ، ( Dwairy 1998).

باختصار نقول، إن طبيعة المجتمع العربي وثقافته، وسمات شخصية الإنسان العربي، تلعب دوراً مهماً في سعي المتعالج إلى طلب العلاج وزيارة العيادة. وعلى المعالج النفسي العربي أن يتفهم هذه العوامل، وأن يعالج سلوك المتعالج في ضوء هذا السياق الاجتماعي والثقافي، خاصة وأن أحد أبرز معايير تحديد السلوك السوي والسلوك الشاذ، هو المعيار الاجتماعي الذي يعتبر كل سلوك يتفق مع ثقافة المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد، هو سلوك سوي، وأن ما يخالف هذه الثقافة هو سلوك شاذ.

## خامساً: المعلومات والبيانات الأولية:

حين يأتي المتعالج إلى العيادة النفسية ويطلب العلاج، فإن المعالج يعتمد العديد من الإجراءات التي تساعده في معالجة اضطراب المتعالج. فالاضطراب الذي يعانيه العميل قد يكون بسيطاً أو متوسط الشدة، وقد يكون شديداً، وقد يكون الاضطراب مزمناً، وقد يكون حاداً، وفي جميع الحالات فإنه اضطراب في السلوك قد يسهل خضوعه للملاحظة، وقد يصعب ذلك. كما أن العوامل التي تقف خلف هذا الاضطراب قد تكون واضحة ويسهل كشفها، وقد تكون ضمنية ويصعب تقصيها. من هنا يبذل المعالج النفسي جهوداً كبيرة للحصول على معلومات، تتصف بالدقة والوضوح، والشمولية، لما يمكنه من الوصول إلى فهم الاضطراب، وعوامله، وبالتالي السير في خطة المعالجة. فإذا كان المعالج هنا في مرحلة جمع البيانات أو المعلومات عن المتعالج، فمن أين يحصل عليها؟ وما الذي تتضمنه هذه المعلومات.

### 1) مصادر البيانات والمعلومات الأولية في العلاج النفسي:

تتنوع المصادر التي يحصل منها المعالج على المعلومات الأولية عن العميل والتي تعتبر ضرورية في المعالجة. فقد يحصل على هذه المعلومات من الجهة التي أحالته عليه. فهناك جهة أو مؤسسة (صحية، اجتماعية، قضائية، تربوية، مهنية) قامت بإحالته للعيادة طلباً للعلاج، والمعلومات التي تقدمها هذه الجهة أو المؤسسة قد تكون غنية ومهمة، وقد تكون عكس ذلك. وقد يكتفي المعالج بهذه المعلومات، أو

يطلب معلومات أكثر تفصلاً وخاصة من السجلات الرسمية المحفوظة في هذه المؤسسة مثل السجل التراكمي الشامل للطالب في المدرسة. حيث يشتمل مثل هذا السجل عن سير دراسة المتعالج، وحالته الانفعالية والسلوكية، وتاريخه الصحي، وعلاقاته الاجتماعية، وما إذا كان قد تعرض لأية حالة طارئة أو حادث، أو مرض ما والإجراءات التي اتخذت بحقه..الخ. والأمر نفسه إذا كان عاملاً في مؤسسة إنتاجية صناعية أو تجارية أو أي مؤسسة مهنية، فيمكن للمعالج أن يطلب بيانات عن وضع هذا العامل المتعالج، وسير عمله، وعلاقته بأقرانه، وبإدارته، ومواظبته على عمله. ومن المصادر الأخرى التي يحصل منها المعالج على معلومات أولية عن المتعالج، أسرته وأقربائه، وأصدقائه. ويعتبر الزوج/الزوجة مصدراً مهماً للمعلومات الأولية عنه. وهناك مصدر مهم للبيانات والمعلومات الأولية، وهو طبيب الأسرة، أو مركز الرعاية في الحي الذي يقطن فيه، حيث يمثل مصدراً مهماً للمعلومات عن الحالة الصحية والتاريخ المرضي للمتعالج. قد يلجأ المعالج إلى أسلوب الملاحظة، ومشاهدة مايظهر على سلوكه وتصرفاته وحركاته، ومظهره الجسمي والخارجي، وقد يلجأ على أسلوب التخاطب والحوار في الحصول على معلومات أولية مهمة تساعده في عمله العلاجي.

أما إذا توجهنا نحو المزيد من العمق بالنسبة للمعلومات الأولية فيمكننا القول بأن المتعالج هو المصدر الرئيسي للمعلومات وهو الأقدر على وصف مشاعره وعرض مشكلته الخاصة التي قدم من أجل المساعدة في حلها خاصة إذا تعلق الأمر بالمعلومات ذات الخصوصية التي يتضمنها محتوى مفهوم الذات والتي لا يستطيع أحد غيره تزويد المعالج بها. ثم يأتي الوالدين أو الزوج/الزوجة في حال كان المتعالج واحداً منهما.

ولاشك بأن الأخوة والأقارب مصادر مفيدة كذلك للحصول على معلومات وفيرة عن المتعالج فهم يعيشون معه ويؤثرون فيه ويعرفون عنه الكثير وربما كانوا سبباً في ظهور مشكلاته. ويعتبر المعلم مصدر معلومات مهم بعد الأسرة والوالدين ثم يأتي دور المرشد النفسي الحصول على المعلومات المتخصصة وغيره من الاختصاصيين الآخرين الذين تعاملوا معه كالطبيب النفسي.

2) البيانات العامة:

البيانات العامة هي مجموعة من المعلومات العامة والمنظمة التي تسجل عن المتعالج حين يأتي إلى العيادة النفسية ويوضح تحت تصرف المعالج النفسي. عادة يكون لدى المعالج النفسي استمارة تتضمن عدداً من الأسئلة التي يتم الإجابة عنها، سواء من قبل مصدر الإحالة أي المؤسسة التي أحالته، أو من سكرتير (ممرض) يعمل في العيادة النفسية. وفي حالات أخرى يقوم المعالج نفسه في تنظيم بيان أو تقرير موجز يشتمل على عدد من البنود المهمة التي تتعلق بنواحي حياة العميل وشخصيته. يغلب أن تأتي مثل هذه البيانات مع المتعالج نفسه أثناء قدومه إلى العيادة، أو تأتي قبل اللقاء الأول، عن طريق الجهة التي أحالته والتي ترسل مثل هذا التقرير والمعلومات قبل فترة. عادة يتم الحصول على هذه المعلومات من الشخص الذي يستقبل العميل كما هو الحال في المستشفيات والعيادات الخارجية. بينما يقوم المعالج نفسه بالحصول على هذه البيانات حين يكون في العيادة النفسية الخاصة.

- ما الذي تحتويه البيانات العامة؟

ينطوي البيان العام عن المتعالج على معلومات ومعارف عن الجوانب الأساسية الخاصة بهويته وحياته. ويمكن أن تشمل الخطوط الأساسية التالية:

أولاً: معلومات عن الشخص:

1) وصف الحاضر:

- الاسم، العنوان، والعمر، والجنس.
- العمل.
- التحصيل وشروط الأداء
- وصف الحالة الجسمية (مرض أو غيره)
- وصف السلوك الحالي.

2) وصف الماضي:

- مكان الولادة وموعد دخوله المؤسسة
- التطور الصحي داخل المؤسسة
- تطور التربية والتعليم النظامي
- ما حصل من خبرات خاصة أو حوادث ضمن المؤسسة

**ثانياً: تاريخ الأسرة:**

- معلومات عن الوالدين، والأخوة والأخوات وغيرهم ممن يعيشون في المنزل.
- معلومات عن الجدين، والأقارب الذين لا يعيشون في المنزل.

**ثالثاً: وصف عام للسلوك غير المقبول الذي ظهر لدى الشخص المضطرب.**

يمكن تنظيم البيانات العامة بطرق كثيرة ومتنوعة، وقد تأخذ أكثر من شكل. فالعديد من المؤسسات الاجتماعية والقضائية مثل مؤسسة رعاية الأحداث الجانحين، ورعاية المسنين أو ذوي الظروف الخاصة كمؤسسات رعاية الأيتام، لديها نماذج وبيانات مبوبة على شكل استمارة تسجل عليها هذه المؤسسة مايلزم من معلومات في المكتب المخصص لكل منها، وعادة ماتكون شاملة ومركزة وواضحة بحيث تساعد المعالج في تكوين فكرة عامة وشاملة عن المتعالج الذي تمت إحالته عليه.

- الشروط التي يجب توافرها في البيانات العامة:

بما أن البيانات العامة ن تحتوي على معلومات أساسية تعتبر منطلقاً في عمل المعالج النفسي للتقييم والتشخيص، ومن ثم العلاج،فإن هذه البيانات يجب أن يتوفر فيها عدد من الشروط حتى تحقق الغرض منها:

أ. الشمول: يجب أن تكون البيانات العامة كافية بحيث تعرف بشخص المتعالج وهويته، وأسرته، وعمله، ووضعه في الوقت الحاضر وخاصة من الناحية السلوكية.

ب. الدقة: يجب أن تكون المعلومات التي يشملها البيان معلومات دقيقة وصادقة فيما تخبرنا عنه، وتكون بعيدة عن الشكل والتخمين، وأن تنقل الواقع بصدق.

ج. الموضوعية: أي أن تكون مأخوذة من مصادر موثوقة لا تؤذي أغراضها ما تقدمه من معلومات، ولا تحرف هذه المعلومات عن الدقة والصدق مبالغات وأشكال نقل غير سليمة. يتوفر شرط الموضوعية حين يمكن للمعالج أن يتحقق من صحة هذه البيانات حين الضرورة.

د. السرية: فالسرية تفرضها الأخلاق المسلكية للمعالجة النفسية وقد يحتاج الأشخاص الذين يقدمون المعلومات اللازمة للبيان العام إلى التأكد من توافر شروط السرية قبل أن يكونوا مصدر معلومات صادقة وشاملة ودقيقة.

ه. التراكمية: وتشير إلى الاهتمام بالمعلومات الطولية فحياة المتعالج وحدة متصلة مستمرة. وسلوكه الحاضر له جذوره في الماضي ويؤدي إلى سلوكه في المستقبل.

و. التأكد: وعلى المعالج النفسي التأكد من توافر الأدلة الكاملة للسلوك المرضي عند المتعالج وصدقها. والاهتمام بالمظاهر المرضية الدائمة طويلة المدى التي تؤثر في سلوكه وعلى حياته.

ز. الاعتدال: تشير إلى عدم التورط في خطأ التعميم السريع أو غير المحدود. وعدم الإفراط كذلك في تطبيق القواعد العامة على حالة المتعالج الخاصة.مع مراعاة الفروق الفردية بعين الاعتبار.

ح. تجنب اثر الهالة: أي تجنب أثر الفكرة العامة عن المتعالج أو الفكرة السابقة عنه أو صفة مميزة له عند تشخيص حالته .

ط. تقييم المعلومات: وعلى المعالج النفسي تقييم المعلومات التي يتم الحصول عليها وتحديد ما إذا كانت تلك المعلومات تمثل حقائق واقعية أو انها مجرد احتمالات وأن يتوخى الحيطة في سلامة الحكم والتقدير.

ي. تنظيم المعلومات: بعد أن يحصل المعالج على المعلومات الأولية عن المتعالج فإن عليه القيام بتنظيم تلك المعلومات وربطها بعضها ببعض وتفسيرها متوخيا الدقة والموضوعية. وأن يقوم كذلك بتلخيص المعلومات وخاصة المتعلقة بشخصيته وحياته السلوكية والاجتماعية.

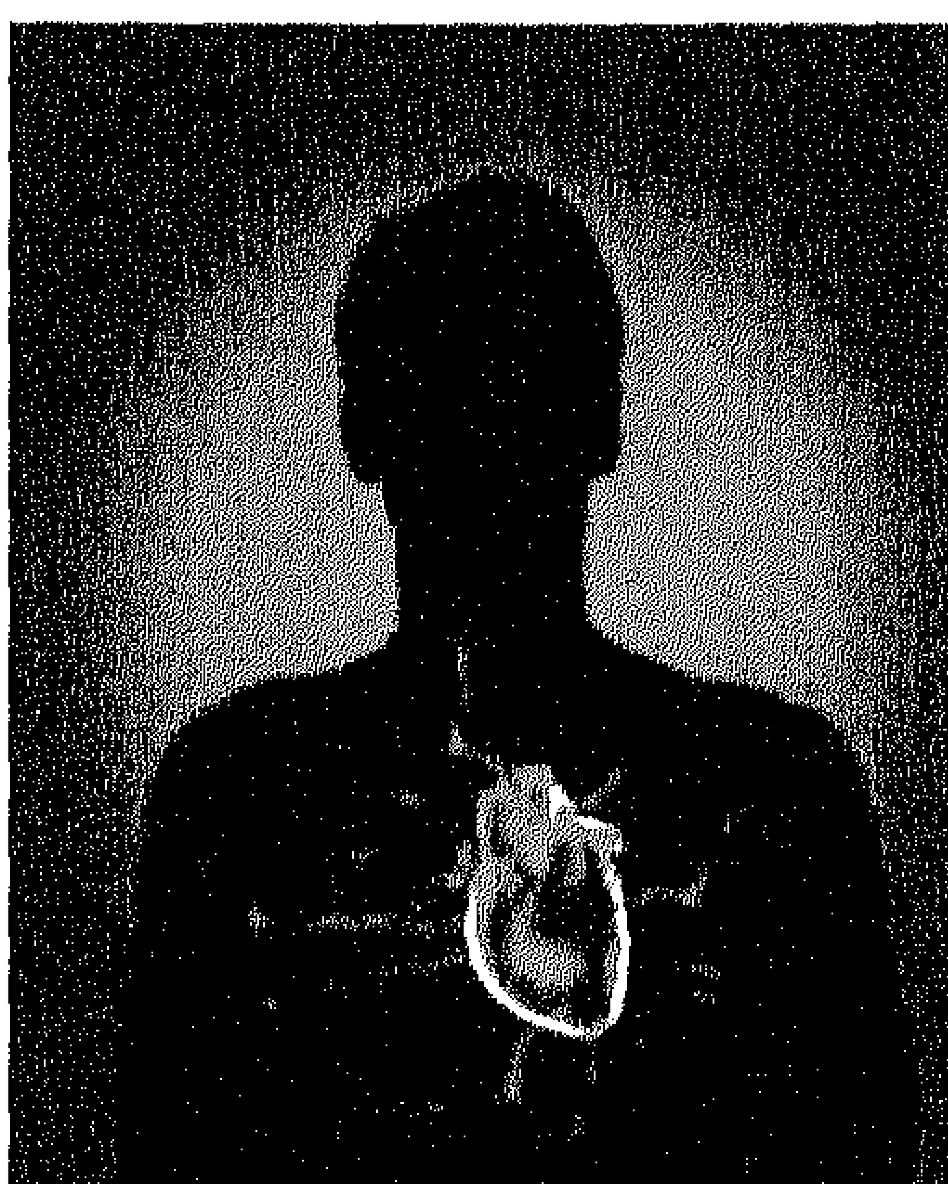
ك. المعلومات وسيلة وليست غاية: إن المعلومات التي يسعى المعالج النفسي الحصول عليها عن المتعالج إنما هي وسيلة للقيام بالعمل العلاجي والسعي لحل مشكلات العميل المتعالج وليست غاية في حد ذاتها. (ياسين، 1983).

سادساً: الخلاصة:

حين يأتي المتعالج إلى العيادة النفسية طالباً المساعدة، فإنه قد يأتي بمفرده، وقد يأتي معه آخرون، من جهة أخرى فقد يأتي بدافع ذاتي منه، أو بدافع وتشجيع من آخرين، وقد تتم إحالته من جهة رسمية كالمؤسسة التي يعمل بها، أو من طبيب مختص. من هنا تعتبر عملية الإحالة من المقتضيات المهمة في المعالجة النفسية ولها أشكال حسب الجهة التي أحالت المتعالج، فقد تكون المدرسة إذا كان طالباً، وقد تكون مؤسسة العمل إذا كان عاملاً، وقد تكون مؤسسة اجتماعية أو غيرها. في جميع الحالات، يكون المتعالج قد كون مدركات وتصورات عن أعراضه واضطرابه تعمل فيها عدداً من العوامل النفسية، والاجتماعية، والثقافية دوراً مهماً في تشكيلها، مما يحدد سعيه في طلب العلاج. من هنا نلاحظ فروقاً فردية بين الأشخاص المتعالجين في تصوراتهم لأعراضهم المرضية، وفي سعيهم لطلب العلاج. ويعتبر اللقاء الأول بين المعالج والمتعالج من المقتضيات الأساسية في المعالجة والذي يحدد سير الجلسات التالية، بما يشتمل عليه من عناصر ومتغيرات أبرزها شخصية المعالج، وطريقة استقباله وتقبله للمتعالج، إضافة إلى المكان، والمواعيد. هذا اللقاء يساعد في تحديد موقف المتعالج من تلقي العلاج، وقد تظهر عوامل مسهلة ومشجعة لذلك، وقد تكون هناك عوامل معاكسة لتلقي العلاج. ويعمل المعالج منذ اللقاء الأول على جمع بيانات أولية عن المتعالج، تنظم في تقرير يتصف بالدقة والموضوعية.

# الفصل الخامس

## سيكولوجية الأمراض الجسمية



# الفصل الخامس

# سيكولوجية الأمراض الجسمية

- أولاً: العلاج النفسي متزامن مع العلاج الطبي وملازم له.
- ثانياً: قضايا نفسية – اجتماعية والمرض الجسمي.

# الفصل الخامس

# سيكولوجية الأمراض الجسمية

## أولاً: العلاج النفسي متزامن مع العلاج الطبي وملازم له:

لكي يتمتع الشخص بالصحة يجب أن يتوافر لديه التكامل بين الكفاية والعافية الجسمية والنفسية والاجتماعية. وبالرغم من أن هذا القول يبدو شائعاً ومعروفاً، إلا أن الدور الذي يلعبه اختصاصيو علم النفس والصحة النفسية في الاهتمام بالأمراض الجسمية والمرضى البدنيين، لم يظهر إلا مؤخراً. وهؤلاء المختصين هم علماء النفس والخدمة الاجتماعية والإرشاد، وقد أصبح هؤلاء جميعاً – إضافة إلى الأطباء والمربين– على وعي ودراية كاملة بأهمية الرعاية النفسية للمرضى الجسميين.

إن الرعاية النفسية لمرضى الجسم ذات فوائد كبيرة اقتصادية واجتماعية. وتلعب المؤسسات الصحية ومنظمات الحفاظ على الصحة، والرعاية الصحية بما فيها الحكومات الفدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية، دوراً هاماً في تقديم هذه الخدمات التي تقي من الاضطرابات وتساعد في معالجتها بفعالية.وقد أظهرت البحوث العلمية المتخصصة أن برامج التدخل العلاجي النفسي/السلوكي ذو أهمية كبيرة ضمن منظومة الخدمات الطبية. وحين يتم تطبيق هذه البرامج بفعالية فإنها تساعد في الدعم النفسي في المراحل الأولى، والمبكرة للمرض، وكذلك في المراحل المتقدمة منه، حيث أنها تسهل المعالجة الطبية وتسرع من الشفاء، كما أنها تساعد في تقليص معدل حدوث الأمراض. لقد وصف تاب (1985) عدة مجالات تلعب فيها خدمات الصحة النفسية دوراً مهماً في معالجة الأمراض الجسمية :

1) الوقاية prevention وتشتمل على التدخل الذي يساعد في رفع مستوى العادات الصحية، ورفع مستوى الصحة النفسية، والسلوكيات الصحية السليمة (كالبرامج الخاصة بالحمية، والتمرينات، والاسترخاء، وعادات التغذية، ونمط الحياة).

2) الرعاية خارج المستشفى outpatient care وهي الخدمات التي تقدم للأفراد والمرضى الجسميين الذين لم يدخلوا المستشفى، ويعانون من مشكلات نفسية مرتبطة مباشرة بالأمراض والشكاوي البدنية التي يعانوها . وقد تتطور هذه الأمراض والشكاوي الجسمية تحت ظروف القلق والضغط النفسي التي ترافقها .وقد تبين للعالم آسكين (Asken 1978) ان الغالبية العظم من مضى الجسم (55٪) يعانون من مشكلات نفسية، وان نسبة (22٪) لديهم ردود فعل نفسية شاذة تجاه حالتهم البدنية، وان (24٪) لديهم أعراض سيكوسوماتية، ونسبة (9٪) يعانون من حالات سيكياترية (طبنفسية). إن هذه النتائج تعكس بوضوح ما قلناه عن ضرورة إدخال المعالجة والرعاية النفسية لمرضى الجسم الذين لم يدخلوا أو يمكثوا المستشفى. ويمكن تقديم هذه الخدمات النفسية قبل دخول المريض المستشفى، وأثناء المعالجة الطبية، أو بعد خروجه من المستشفى، وانتهاء العلاج الطبي اللازم.

3) الرعاية داخل المستشفى inpatient care وتشمل هذه الخدمات إجراءات التقييم والقياس والمعالجة. فتقييم الحالة الصحية للمريض، وتاريخ الحالة (طبياً، ونفسياً، واجتماعياً)، وتقييم سمات شخصية المريض باستخدام المقاييس النفسية، تعتبر جميعها من الخدمات النفسية الضرورية لتحقيق فعالية المعالجة الطبية للمريض البدني.من هنا يكون تعاون الأخصائي النفسي مع الطبيب ومع أخصائي الخدمة الاجتماعية حتى يتم تكامل الخدمات الصحية. ومن أبرز استراتيجيات التدخل النفسي للمريض الجسمي داخل المستشفى: العلاج الفردي، والجماعي، وفنيات الاسترخاء، والتغذية الراجعة الحيوية، وتدريب المريض على تدبر الضغوط. وخلال هذه المرحلة من الرعاية في المستشفى، يساعد أفراد الأسرة والأصدقاء المقربين المريض في تقديم المساندة الاجتماعية والدعم النفسي الاجتماعي للمريض، إضافة إلى تقديمهم معلومات مهمة حن حالة المريض، مما يساعد في وضع الخطة العلاجية النفسية والصحية.

4) إعادة التأهيل rehabilitation يلعب اخصائيو علم النفس والصحة النفسية دوراً مهماً في إعادة تأهيل الذين يعانون من إعاقات جسمية وأمراض مزمنة، وحالات العجز البدني (مثل إعاقات الجهاز العصبي والنخاع الشوكي، والإعاقة الحسية، والمتعددة، ومرضى السكري، والإيدز، والسرطان. .) وقد استعملوا في ذلك فنيات سيكولوجية وسلوكية متنوعة من أبرزها: التحليل النفسي، والعلاج السلوكي، والتغذية الراجعة الحيوية لتدريب العضلات، وطرق تدبر الضغوط النفسية، وإعادة البناء المعرفي للمرضى والمعاقين بهدف مساعدتهم في التكيف مع العجز أو الإصابة. إضافة إلى استعمالهم أساليب التقييم والقياس النفسي من أجل تقدير ما يملكه هؤلاء المرضى من إمكانات وقدرات ومهارات، تساعد في وضع خطة العلاج والتأهيل الطبي.

5) البحوث العلمية researches ينشط علماء النفس في السنوات الأخيرة بإجراء البحوث العلمية في ميدان علم النفس الطبي وخدمات الصحة النفسية. وتركز بحوثهم على دراسة المظاهر النفسية للأمراض الجسمية، والعجز والإعاقة. وقد بحثوا في السلوكيات التي تعبر عن نمط أو أسلوب الحياة والتي تساهم في حدوث الأمراض، ومن بين هذه السلوكيات الشاذة: التدخين، والإدمان أو سوء استعمال العقاقير، وعادات التغذية غير الصحية، كما درسوا العوامل النفسية المرتبطة بأمراض جسمية معينة، مثل العلاقة بين الاكتئاب والسرطان، والعلاقة بين نمط الشخصية (أ) وأمراض القلب، وهناك بحوث ركزت على آثار الخبرة في الصحة، واثر الأدوية في السلوك والشخصية، وآثار كل من المرض والتدخل العلاجي في المرضى وأسرهم، ودور العوامل الثقافية والاجتماعية في الأمراض المختلفة.

## ثانياً: قضايا نفسية – اجتماعية والمرض الجسمي:

### 1) تهديد موجه نحو الأنا:

(س) رجل يعمل في مهنة حرة، سقط عن المقعد، ويعاني من مرض قلب. بعد أن دخل إلى غرفة العناية المركزة في المستشفى لتلقي العلاج اللازم، بدأ يعاني من القلق والهم، وأصبح يخاف كثيراً على صحته، وأصبح كثير التفكير بصحته، وعمله، إنه لا يستطيع البقاء بدون عمل فعمله بمثابة حياة له، ولكن كيف يعاود مزاولة عمله المجهد دون أن تتأثر صحته؟.

وحالة اخرى (ص) أم عمرها 30 سنة لديها طفلة صغيرة، وتعاني من ألم في الظهر، وسمعت الطبيب يقول في إحدى المرات أن مرضها هو سرطان. وبعد عدة اشهر شعرت أن الموقف مضى دون معالجة كيماوية طبية، وأن عليها أن تمارس حياتها وتتحرك من مكان إلى آخر بلا صعوبة حتى تقدم الرعاية اللازمة لصغيرتها.

هاتان حالتان تبينان كيف أن كل مريض ينظر إلى نفسه بطريقة مختلفة. في أحد الأيام كان كل واحد منهما سليماً، وفي اليوم التالي شخصت حالته على أنه يعاني من مرض ما. فكيف تتم عملية الانتقال من حالة الصحة (العافية) إلى حالة المرض (اعتلال الصحة). إنها بمثابة انتقال مفاجئ، أو تغير وظيفي خطير. فالكثير من المواعيد، والأنشطة، والمهمات اليومية المعتادة لدى الشخص سينالها الخلل والتبدل. والكثير من الأنشطة سيتم تجاهلها. إن الذات self و الأنا ego هي العنصر الجوهري في مفهوم الشخص عن نفسه. ويمكن اعتبار"الأنا"العنصر والمكون الأساسي للذات ومفهوم الذات. The ego,The central core of the self and self – concept والذات هنا قد أصبحت في حالة تهديد، فالإحساس بالواقع أصبح خارج نطاق سيطرة"الأنا"، إنهم غرباء عن الذات.

1) لماذا أنا ؟

حين يهاجم مرض ما الشخص، وخاصة حين يكون خطيراً، فإنه يتساءل"لماذا أنا بالذات؟"، فقد يشعر البعض بأنهم مذنبون، وأن المرض هو عقاب نتيجة ارتكابهم خطأ أو ذنب ما. ويعتبر البعض الآخر أنه عقاب غير عادل. وفي جميع الحالات يكون المريض شعوراً قوياً، ويبحث عن معان حين يواجه الأزمة.وقد تبين من دراسة مطولة شملت (287) مرضاً بالقلب، أن أولئك الذين استفادوا من خبرة المرض والمعاناة، واعتبروها بمثابة تحد لهم، كانوا أقل تعرضاً لهجمات المرض ونوبات القلب، كما كانت حياتهم أطول بمعدل (8) سنوات من أولئك الذين لم يستفيدوا من الخبرة ونظروا إليها بيأس وسلبية. فهؤلاء المرضى شعروا أنهم أكثر تحملاً للمسؤولية عن حياتهم، وقد كانوا أكثر فعالية في تغيير نمط حياتهم وعاداتهم السلوكية (أقل تدخيناً، وأكثر نشاطاً ممتعاً وايجابياً) وكانوا أكثر سعياً للراحة والطمأنينة النفسية في أوقات الفراغ، عكس أفراد المجموعة الثانية الذين كانوا أكثر عرضة للقلق، واليأس، والضغط النفسي.

1) مراحل التكيف مع المرض الجسمي:

تختلف ردود أفعال المرضى تجاه مرضهم، والتي ترتبط أو لاترتبط بالعجز الذي يعانونه. والمعالجون الذين يتعاملون مع مرضى الجسد بحاجة إلى معرفة الطريقة التي يتلقى بها المريض مرضه، وكيف ينظر إليه.إنه بحاجة إلى معرفة مايلي: كيف عرف المريض مرضه، وما معنى المرض بالنسبة له؟ وهل شعر بالعجز، وسيطرت عليه مشاعر اليأس، كأن يقول"إن الحياة ليس لها معنى"؟ هل يشعر بأنه أصبح موضع اهتمام الآخرين ورعايتهم، وأنه بحاجة غلى رعاية مستمرة طوال حياته من شخص محب؟

يمر الناس عادة بعدة مراحل للتكيف، حين تعرضهم لمرض ما وخاصة إذا كان مرضاً عضالاً ومسبباً للعجز، وردود الأفعال هذه مشابهة لتلك التي يخبروها حين يواجه أحدهم حالة فقدان أو حرمان (وفاة عزيز، خسارة، ترك عمل) فالمريض

يظهر ردود فعل حيال مرضه"أزمته" اثناء جلسة المعالجة ويظهر ذلك من خلال كلامه، وطريقة تعبيره، وملامح وجهه، وحركاته، مما يعبر بوضوح عن نظرته لمرضه وحالته. وهناك أربع مراحل للتكيف مع المرض والتعامل معه يمر بها المريض هي: النكران، اليأس، التفاوض، وأخيرا التقبل. سنوضح هذه المراحل من خلال نموذج حالة.

اثناء الفحص الطبي كان (س) قلقاً، ولكنه متفائل أو غير يائس hopeful، وبعد التشخيص كانت هناك"الصدمة"، فقد شخصت حالته المرضية، وبدا غير قادر على المواجهة، والتعامل مع حقيقة ما حدث. فقد هبطت حالته الانفعالية، وضعفت طاقته، وكأنه انعزل عن محيطه، وكان هناك تنافراً معرفياً cognitive dissonance لديه بين معتقداته وتفكيره من جهة وسلوكه واتجاهاته من جهة ثانية.وظهر لديه تفكك مؤقت للذات عن الجسم وعن المشاعر، وكأن الذات قد انشطرت عن الجسم والمشاعر (تبدد الشخصية)، حيث قال"إن هذا لا يمكن أن يحدث معي". هذه المرحلة نسميها مرحلة"النكران"، حيث ينكر المريض أو يرفض نتيجة التشخيص. وفي الكثير من الحالات يذهب المريض إلى أطباء آخرين للتأكد من دقة التشخيص، ومما يعانيه.

وبعد هذه المرحلة الأولية، دخل (س) المرحلة الثانية التي نسميها"اليأس" والانحطاط، حيث يدرك المريض حقيقة ما حدث وواقع مرضه، ويعي أنه مريض، ولكن يسطر عليه مشاعر الغضب التي تدخله إلى حالة من"اليأس" والكآبة، وانحطاط الطاقة، حتى أنها تؤثر في أنشطته وسلوكياته اليومية المعتادة من نوم، وطعام، وتفاعل، وعمل.ويسود تفكيره معتقدات ثابتة حول: الذات، الأسرة، الأصدقاء، العمل، والمعالجة، ويفكر بما سيحل بها جميعها بعد الذي حدث. وبدأت تسيطر على (س) افكار انتحارية، وسعى في طلب العلاج النفسي للتخلص منها.

بعد مرحلة اليأس، والكآبة، تأتي مرحلة التفاوض، وهي مرحلة التحكم والضبط، وفيها يسعى المريض إلى معرفة ما إذا كانت الأمور سيئة أم لا، إنها محاولة منه للتأكد مما إذا كانت حالته سيئة كما اعتقد في المرحلة السابقة. وفيها طلب (س) من المعالج أن يعرض له بدائل العلاج المختلفة وإجراءاتها.

في المرحلة الرابعة والأخيرة من مراحل التكيف مع المرض، وهي مرحلة "التقبل"، يظهر لدى المريض سلوكيات كفاءة وفعالية تساعد في تنفيذ خطة المعالجة. فقد بدا (س) متقبلاً لحالته، ووافق على خطة المعالجة مع الطبيب، وهنا بدأت مساهمته الفعالة في تطوير مهارات وسلوكيات جديدة تساعد في العلاج، وتجنب الكثير من السلوكيات والمشكلات المعيقة له، إنها مرحلة تجاهل طرق وسلوكيات غير مفيدة، وتبني طرق وسلوكيات مفيدة وفعالة. غنها مرحلة تقبل، تتطلب إعادة بناء للذات و"مفهوم الذات"، والمرور بخبرات انفعالية موجبة نحو الذات.

تتضمن عملية التكيف مع المرض البحث عن معنى للخبرة، ومحاولة كسب مهارات السيطرة على المواقف الضاغطة والتحكم بها في الحياة عموماً. وهناك عدة عوامل تؤثر في طول عملية التكيف هذه، من أبرزها: طول فترة المعاناة المرضية الحالية، ضعف النشاط البدني، وضعف القدرات الحسية والإدراكية، درجة التقبل أو الرفض الذي خبره المريض من خلال ملاحظة الآخرين واهتمامهم به، المستوى العقلي والاجتماعي والاقتصادي للمريض وأسرته والتي تؤثر في مصادر الدعم والعلاج الممكنة، وأساليب التحديات لدى المريض.

يظهر أن سوء التكيف أو الفشل في التعامل مع المرض الجسمي، يتأثر بحالة الخوف التي تسيطر عليه، وانحطاط الطاقة، أو ضعف النشاط والخمول، وفقدان الاهتمام، والاعتماد الواضح على الأسرة. تجدر الإشارة إلى أن بعض المرضى يظهر لديهم نوع من التناقض الظاهري، حيث يزيد عندهم النشاط والتفاعل الاجتماعي، ويصبحون أقل اتكالية وأكثر استقلالية، كما تزيد طاقتهم على العمل تحت تأثير مخاطر المرض. إن بعض المشاعر السيئة الآن، ربما تدفع لظهور أفكار انتحارية في وقت لاحق.

2) محاولات التغلب أو المواجهة والتعامل Trying to cope:

إن التعامل مع المرض الجسمي coping أو التصدي له أو التغلب عليه، تتضمن عدداً من الأنشطة والسلوكيات التي تحافظ على التكامل والتوازن النفسي للمريض، وفي نفس الوقت تسهل المعالجة وتسرعها. فمهارات التعامل والتغلب على المرض يمكن أن تساعد المرضى على الاحتفاظ بالانفعالات (كالمخاوف) في حدودها المقبولة، كما تساعد في الاحتفاظ بتقدير الذات، والعلاقات الاجتماعية التبادلية. وحين يواجه المريض مرضه الجسمي، فقد يتبع واحدة أو أكثر من استراتيجيات التعامل والتغلب أو التصدي من أهمها: أسلوب التعامل المتمركز على الفعل والمتوجهة عادة نحو: السيطرة والتحكم Action – Oriented coping Mastering، والتحمل tolerating، واختزال أو تقليل المطالب الخارجية، وخفض الصراعات النفسية الداخلية، مما يزيد من قدرات الشخص ومصادر الدعم الذاتي لديه.

إن أسلوب التجنب والنكران Denial ذات قيمة كبيرة في المراحل الأولى من المرض، حيث تكون مصادر الدعم الانفعالية محدودة، وتحت ظروف معينة فإن نمط التعامل مع المرض ومواجهته يخلق حالة من الغضب، والإحباط، خاصة حين يؤدي التجنب والنكران دوراً في خفض مستويات القلق والاكتئاب الذي يعانيه المريض بشكل أولي يمكن القول بأن التجنب أفضل من المواجهة، والإحجام أفضل من الإقدام حيث يكون الموقف ليس تحت سيطرة المريض وتحكمه، وعلى العكس من ذلك فحين يكون الموقف تحت سيطرة المريض وتحكمه، فإن أسلوب المواجهة والإقدام والتصدي هو الأسلوب الأكثر فعالية في التعامل مع المرض.فالمواجهة تتيح للمريض أن يكسب فرصاً جديدة، في حين أن التجنب والإحجام أو الانسحاب فإنه يؤجل البحث عن طلب تقييم التشخيص، ويخفض فرصة التدخل العلاجي الفعال، وحين يكون المرض خطيراً أو مزمناً فالتأخير في طلب المعالجة، سيولد عدداً من المشكلات الزوجية والأسرية، والشعور بالعجز، والرفض. إن أمراضاً مثل: الربو، السكري، السرطان، تتطلب حذراً ودقة في التشخيص والمعالجة، كما أن أساليب

التعامل والتغلب التي تشتمل على التصدي والإقدام، والعمل بفعالية، والمشاركة، هي الأفضل في تجاوز الأزمة والتكيف معها. فقد تبين أن هؤلاء الأشخاص الذين يتصفون بالفعالية، والمشاركة، والتغلب أكثر قدرة على حل المشكلات، ويظهرون درجات منخفضة من القلق والضغط النفسي، كما إنهم أكثر مطاوعة وتنفيذاً لتعليمات الطبيب وتنفيذ الخطة العلاجية. وقد تبين أن مرضى السرطان الذين اتبعوا أسلوب التغلب والتصدي، والمشاركة (بدلاً من التجنب والإحجام) كانوا أكثر قدرة على التعامل مع آثار المرض ومشكلاته،وأقل تعرضاً للقلق والاكتئاب، كما أنهم عاشوا زمناً أطول من أقرانهم المنسحبين، السلبيين. إن الذين اتبعوا أسلوب التعامل التجنبي، وعدم المشاركة، وعدم التغلب والتصدي، كانوا أقصر عمراً.

إحدى استراتيجيات وأساليب التعامل والتغلب على المرض الجسمي والتي لم يعيرها المختصون اهتماماً كبيراً هي دور الدين والعقيدة في سلوك المريض. وبالرغم من أن المعتقدات الدينية لم تؤثر في طول حياة المريض، أو تطور المرض لديه، إلا أن هناك علاقة موجبة بين الرضا عن الحياة وأسلوب التعامل مع المرض وتجنب آثاره. فكلما زاد رضا مريض السرطان عن حياته، كلما قل تعرضه لمشاعر الألم. ومن المعروف أن المعتقدات الدينية تمثل مصدر دعم وطمأنينة انفعالية للمريض، ومن الناحية النفسية والبدنية، فإنها تمثل منظومة دعم اجتماعي أيضاً في تأثيرها، يأتي مثل هذا الدعم من الأصدقاء، والمقربين، وزملاء العمل، مما يقدم مساندة نفسية اجتماعية ترفع من مستوى تكيف المريض وتغلبه عن أزمته.

3) الضغط النفسي: يمثل تهديداً للتعامل مع المرض والتغلب عليه:

حين يخبر شخصاً ما ضغطاً نفسياً شديداً، فإن هناك خطراً يتمثل في أن قدرات هذا الشخص وأساليب تعامله مع المرض وتغلبه عليه ستتأثر سلباً بل وتضعف، محدثة اداء وظيفياً وسلوكياً مضطرباً لديه، ومن أبرز هذه المخاطر ظهور: الألم، القلق، وحتى الموت. ويوصف الضغط النفسي بأنه "حالة تكون فيها المتطلبات غير العادية والمكثفة مهددة لصحة الفرد النفسية، لتكامل شخصيته"

ويجب أن نشير إلا أن مايمثل ضغطاً نفسياً لشخص ما قد لايكون كذلك لشخص آخر، فالآثار النفسية للضغط يمكن تحديدها من خلال طبيعة الموقف الضاغط (المرض أو الأزمة) وما تعنيه بالنسبة لمفهوم الذات لديه. فما هي المواقف الضاغطة؟

- المواقف الضاغطة stressful situations :

لقد حدد كورشين منذ ثلاثين سنة تقريباً (Korchin,1976) سبعة انواع للمواقف الضاغطة، كل واحد منها مرتبط مباشرة بضغط نفسي يخبره الشخص حين يعاني من مرض جسمي معين.

أ. موقف ضاغط غير مؤكد وذو تأثير ضعيف: يمكن للضغط النفسي أن يحدث في مواقف غامضة أو غير محددة، أو عندما يمر الشخص بموقف جديد أو غير معروف له، وهذا يوضح بدقة الخبرات التي يمر بها الشخص حين يتعرض لمرض جسمي وخاصة في مراحله الأولى. فالمريض غالباً لاستوعب ما حدث له، وحين يتم تشخيص حالته، فإنه يبقى في حالة عدم تأكد ويقين، ولا يصدق مايحدث. وفي حالات أخرى تقدم له معلومات بطريقة غير واضحة، إما بسبب عدم تأكد الطبيب المعالج نفسه ويريد أن يظهر سيطرته وفهمه للحالة، أو بسبب خوفه وخشيته من أن يصبح المريض أكثر تدهوراً إذا تم إخباره بالمعلومات الصحيحة والسيئة. إن عدم التأكد واليقين قد يخلق حالة من القلق الواضح، ويبدأ الذهن بإنتاج أفكار قد تكون أكثر سلبية وسوءاً من حقيقة الوضع الحال للمريض. إن التقليل من اثر المرض (كمثير ضاغط) يجب الا يتم إغفاله، فالمرضى الذين تعرضوا لمرض ما بعض الوقت، ربما يجدوا انفسهم في موقف أقل انشغالاً، كما يحدث في المستشفيات والمنازل أيضاً بنفس المستوى.ويجب الانتباه إلى أن آثار الحرمان من المثيرات ليست مجرد آثار معرفية، فالبحوث المبكرة عن الحرمان الحسي، قد أظهرت أن فقدان الاستثارة والحاجة للإثارة (الحرمان الحسي) يمكن أن يقود إلى خلل وسوء تنظيم سلوكي انفعالي. من جهة ثانية فإن شكل الحرمان الحسي ونوعه، يمكن أن

يحدث حين يخضع المريض لعمل جراحي أو يتعرض لحادثة ما. فالطفل (س) الذي يبلغ من العمر (8) سنوات كان يلعب مع عدد من المراهقين حين تعرض لحادثة أثرت في عينه اليمنى وأعطبتها. وفي المستشفى حاول أن يظهر أن عينيه الاثنتين قد أصيبتا. وقد مكث في المستشفى عدة أيام غير قادر على الرؤية. وسيطر عليه الخوف والهلع طوال الوقت، كما سمع الأصوات التي تدور حوله والتي أعطته شعوراً دائماً بأن هناك من سيبقى بجانبه لمساعدته في المشي وفي تلبية احتياجاته.

ب. التزود بالمعلومات: عند الذهاب للقاء الطبيب في موعد تم تحديده مسبقاً، يكون أسلوب التعامل الخاص بالفهم والاستيعاب على درجة كبيرة من الأهمية، فحالة الإثارة والتنبه لدى المريض تكون مرتفعة، ويقدم الطبيب له معلومات تفصيلية تشمل: معلومات عن تشخيص حالته، ونوعها ودرجتها، ومآلها، وطرق معالجتها. غن كمية المعلومات وحجمها، يعتبر بمثابة موقف ضاغط بحد ذاته. والمريض قد لايتذكر الكثير مما يقوله له طبيبه من هذه المعلومات، لذلك فإن بعض المرضى يكونون على وعي ودراية بهذه الظاهرة، فيأخذون معهم شخصاً ما أو قريب للمساعدة في الموعد التالي.

ج. الخطر والتهديد: من أكثر مواقف الضغط النفسي وضوحاً ومعاناة لدى المرضى هو الشعور بالخطر والتهديد الموجه نحو الذات. إن الشعور بالتهديد الذي يتعرض له المريض يطال مكونات شخصيته كاملة وصحته الجسمية والنفسية. ويحدث هذا فيما إذا كان التهديد واقعياً أو متوقعاً حدوثه. ففي حالة المرض الخطير أو المزمن (مثل السرطان، الإيدز، السكري، أمراض القلب) يعيش المريض مشاعر: الخوف من الموت، الألم، الرفض، العزلة والانسحاب. وبالرغم من أن الخطر قد لايكون واقعياً، فإن المريض يدركه على أنه كذلك وبالتالي يصبح مصدر ضغط نفسي شديد لديه. إن مبالغة المريض في تفسير المرض على انه تهديد للحياة، يساعد في تعرضه لمزيد من المعاناة والضغوط النفسية.

د. الفشل في ضبط الذات والتحكم بالنفس. ويظهر ضعف التحكم بالذات حين يواجه الشخص مواقف تنطوي على أدوار سلبية أو هامشية، وغير حاسمة، مما يساعد في ظهور أعراض الاكتئاب. إن فقدان القدرة على التحكم والسيطرة بما يحدث، وشعور الشخص بأنه سلبي وغير فاعل حيالها، تحدث لديه درجة عالية من اليأس والشعور بالعجز، والقلق. ويحدث هذا بشكل خاص لدى الأفراد الذين يتصفون بدرجات عالية من التحكم الذاتي، ويكونون ذوي مصدر ضبط داخلي، وصناع قرار في حياتهم.

ه. فشل تحكم الأنا: تتصف الأنا بالفعالية، مقارنة مع الذات التي تتصف بأنها موضوع. إن فشل الأنا وعدم فعاليتها، قد يدفع الشخص المريض القيام بأنشطة بديلة مثل المطالعة، وارتياد النوادي، واستعمال الكمبيوتر، وقراءة الكتب الطبية والبحوث المتعلقة بمرضه، وذلك لاستعادة درجة من السيطرة والفعالية. ولكن حين تواجه الشخص عقبات تحول دون تنفيذ مثل هذه الأنشطة والفعاليات، فإنه سيتعرض إلى درجة عالية من الضغط النفسي والقلق، والذي يحد من فعالية الأنا وسيطرتها.

و. خطر موجه نحو تقدير الذات: قد يعتبر المريض أن مرضه بمثابة تهديد لمفهوم الذات لديه، مما يضعف من تقديره لذاته. فالشكل السيئ، والإعاقة، والوزن المنخفض، تؤثر جميعها في صورة الجسم لديه body – image فيتكون لديه صورة سلبية عن جسمه، مما يؤثر في علاقاته الاجتماعية. وتقديره لذاته. إن فقدان المكانة والموقع في العمل أو الأسرة وبين الأصدقاء، تؤثر سلباً في مفهوم الذات. باختصار، إن مدركات المريض المشوهة والسلبية عن بدنه وحالته الجسمية ستؤثر على سلوكه وصحته النفسية.

ز. خطر تقدير الآخرين: يرتبط بخطر تقدير الذات، خوف المريض من فقدا ن تقدير الآخرين له واستحسانهم إليهم، ومن المعروف أن تقدير الذات يتعزز باستحسان الآخرين، من هنا نرى أن افتقاد حب شخص، أو مكانة بين آخرين مهمين، تمثل مصدر ضغط نفسي شديد لدى المريض، وقد ينظر لنفسه على أنه ثانوي ويتم تجاهله، وليس له قيمة.

6) ردود الأفعال تجاه المرض:

6- 1- الغضب: من أصعب المشاعر التي تنشأ لدى المريض كرد فعل تجاه مرضه هو الغضب والذي يحدث بعد تشخيص المرض لديه وخاصة إذا كان خطيراً أو مزمناً. ويحدث الغضب من حالة إحباط ناتجة عن اليأس وعدم الأمل، وأنه سيعاني بمفرده هذه الحالة التي ستحرمه من الحياة. وقد تنشأ هذه من الشعور بالذنب. فالأطباء والمقربون، والأصدقاء، وذات المريض، تصبح جميعها مستهدفة لحالة الغضب لديه. ويكون كل واحد من هؤلاء مصدراً للتعبير عن مشاعر الغضب لديه.

6- 2- الخوف: هو رد الفعل الثاني لدى المريض وربما يتركه بحالة من الهلع أو استنفاذ الطاقة والإنهاك. إن الخوف من المجهول، هو أحد النتائج المحتملة للمرض، ويعتبر الخوف من المجهول المظهر الأساسي للقلق. ويقوم الذهن بتكوين تصورات وتخيلات وأفكار قد تكون أسوأ من واقع الحالة. فالخوف والقلق يؤثران في خبرة الألم، ويساعدان على تطورها، وخاصة حين يفسر المريض الألم على أنه تهديد، مما يساعد في تطور مشاعر القلق لديه وتبدأ الحلقة المفرغة أو المعيبة بالظهور. إن خفض القلق قد يجعل المريض أكثر شعوراً بالراحة، ولكن ليس بالضرورة أن يخفض من مشاعر الألم الجسمي لديه، وعلى العكس من ذلك، فإن خفض الألم الجسمي ليس دائماً متبوعاً بخفض الضغوط النفسية والقلق.

6- 3- الاكتئاب: من أكثر ردود الأفعال السيكولوجية التي تحدث لدى المرضى هو الاكتئاب.فمرضى الجسم الذين هم أكثر قلقاً واكتئاباً يميلون إلى البحث عن أطباء معالجين أكثر من المرضى الذين لايعانون من هذه المشاعر والضغوطات الانفعالية. على كل، فإن الأطباء غالباً مايقللون من أعراض الاكتئاب لدى مرضاهم، أكثر مما يفعل المرضى أنفسهم.

هناك الكثير من الدراسات التي أجريت لبحث الاكتئاب لدى مرضى الجسد، وتظهر التقديرات أن واحداً من ثلاثة من المرضى في المستشفيات يعانون من أعراض الاكتئاب الحاد والمتوسط. وأن اكتئاب المريض مرتبط بنوع المرض الذي يعانيه، وهذا ما يفسر الحدوث المرتفع والمتكرر للاكتئاب لدى المرضى في المستشفيات مقارنة مع المرضى خارج المستشفى.

وهناك صعوبات حقيقة في تشخيص الاكتئاب لدى مرضى الجسد، فقد لا يكون سهلاً تحديد ما إذا كانت الأعراض استجابة للمرض الجسمي الذي يعانيه المريض، أم أنها نتيجة له، أو مظهراً من مظاهر المرض النفسي المتزامن مع المرض الجسمي الذي يرافقه.وفي حالات أخرى يكون الاكتئاب مقنعاً ويظهر بمظاهر جسمية، وتشخص الحالة على أساس أنها مرض جسمي، في حين أن المشكلة الأساسية هي الاكتئاب، ولكنه عبر عن نفسه من خلال أعراض جسمية.من هنا فقد اعتبر بعض علماء النفس الطبي أن "من الصعب أن نحدد ما إذا كان المرض عاملاً مسبباً للمرض الجسمي أم أنه رد فعل واستجابة له"فبعض أعراض الاكتئاب غير متشابهة لتلك التي تحدث نتيجة المرض الجسمي مثل: فقدان الشهية العصبي، فقدان الوزن، التأخر النفسي الحركي، والانحطاط البدني، وهذا ما يجعل تشخيص الاكتئاب في الأمراض الجسمية أكثر صعوبة. وبالرغم من أن المرضى قد يرفضون التعبير عن أعراض الاكتئاب لديهم، إلا أنها تحدث بشكل دوري، وقد تعاود الظهور في مرات أخرى.

تجدر الإشارة إلى أن هناك افتراض مؤداه أن الاكتئاب هو أحد العوامل البارزة المسببة للمرض الجسمي، وقد ثبتت هذه الفرضية في العديد من الدراسات الإكلينيكية الحديثة، مما يدفعنا إلى القول بأن الاكتئاب من أسباب ظهور المرض الجسمي، وأنه من أبرز الاستجابات وردود الفعل التي تصدر عن المريض تجاه مرضه.

7) تهديد موجه نحو الذات:

7 – 1 مفهوم الذات المتبدل:

استناداً إلى طريقها في الشفاء، بعد فترة طويلة من المعاناة مع المرض، تعرضت (س) لتغير كبير في مفهومها عن ذاتها. قبل المرض، كانت تصف نفسها بأنها "أكثر جاذبية، وأنها امرأة واضحة"، ولكن بعد معاناتها الطويلة وخضوعها لفترة معالجة طويلة الأمد، تغير الوضع، حيث أصبحت تقول "لا أملك أية طاقة، واشعر أنني قبيحة،، والأيام تمر ولا يمكنني فعل شيء" إن محاولة إعادة اكتساب مفهومها عن ذاتها القديمة التي كانت تملكها، بدت وكأنها بحاجة إلى جهد كبير، ولذلك فهي غير متأكدة من أنها تريد أن تكون أي شخص.

تتأثر صورة الذات بعدة عوامل، منها: نوع المرض وطبيعة الأعراض الجسمية التي يعانيها المرض، والآثار الجانبية للعلاج الطبي (الدوائي، الجراحي، الأشعة، الكيماوي)، والبناء النفسي للمريض، والآثار الاجتماعية التي تحدث في البيئة ألتي يعيشها الشخص (المنزل، المستشفى، العمل). إن جميع هذه العوامل تتفاعل مع بعضها لتترك آثارها في مفهوم المريض عن ذاته.

7 – 2 المرض ومفهوم الذات:

هناك أمراض معينة بطبيعتها تحدث مشكلات فريدة من نوع خاص، ولكن اثر صورة الذات self – image ليست دائماً كما يتوقعها الشخص. ففي دراسة موضوعها مرضى تصلب الأنسجة، تبين أن القلق حول صورة الجسم body – image اكثر حدوثاً في المرحلة المبكرة من المرض، حين شخصت الحالة المرضية على أنها تعاني من ضعف في الإخصاب. واستنتج الباحثون أن هذا يعكس قلق المريض حول النسل، والإخصاب في المستقبل future frailty، والطبيعة غير المطمأنة لمسار المرض ومآله.إن عد الإخصاب الفعلي الذي يحدث لاحقاً، ربما يهدد تكامل الجسم، والذي يلعب فيه مفهوم الذات وصورة الجسم دوراً مهماً، إلا أن التكيف النفسي الذي يأتي مع الزمن والتقدم في العمر، قد يناقض الأثر السلبي المتوقع لصورة الجسم.

- الجراحة: كثيراً ما تكون الجراحة هي العلاج الوحيد، وفي هذه الحالة يمكن للجسم أن تتغير، ويتعرض للتبدل لدى المريض، ولكن صورة الجسم لا يمكن التنبؤ بها. فالأشخاص الأصحاء بمن فيهم الأطباء والممرضون، قد يسقطون مشاعر عدم طمأنينتهم وانزعاجهم من تغير شكل جسم المريض، ولكن الأكثر اهمية بالنسبة للمريض هو أن يبقى على قيد الحياة. إن تشويه صورة الجسم وتبدلها تحدث لدى المرضى الذين عانوا من سرطان الثدي، وأجريت لهم عمليات جراحية، والذين خضعوا للعلاج الكيماوي والإشعاعي من المصابين بالسرطان. فقد تبين أن 82٪ من هؤلاء المرضى تغيرت صورة الجسم لديهم. وتجدر الإشارة إلى أن الكثير من الدراسات التي أجريت على هذه الظاهرة ينقصها الضبط العلمي، من جهة ثانية تختلف صورة الجسم لدى المرضى الذكور عنها لدى الإناث اللواتي يلعب مظهر الجسم وشكله دوراً مهماً في تكيفهن وفي مفهومهن عن ذواتهن. حيث إن النساء اللواتي تعرضن لاستئصال الثدي المصاب، ينظرن إلى انفسهن على أنهن قبيحات، وأنهن لسن إناث.، ويعضهن ترفضن النظر في المرآة، أو أن تخلعن ملابسهن أمام أزواجهن. والنساء اللواتي يتصفن بثدي كبير، يشعرن – بعد استئصال الثدي المصاب – بأنهن هناك عدم توازن وتكافؤ في صدورهن.
- العلاج الكيماوي: إن مشاعر الخوف والتوتر، والضيق التي يشعر بها المرضى من المعالجة الكيماوية تكون أعلى من غيرها، فتعرض انسجة الجسم للمواد الكيماوية يزيد من مخاوف المريض.والخلايا الصحية السوية (غير المصابة) التي ستتأثر بهذه المواد ستتعرض للتخريب والخلل، أو أنها ستنمو بطريقة غير صحية قبل أن يتم تصحيح وضع الخلايا المصابة. ومن المعروف أن للمعالجة الكيماوية آثاراً جانبية خطيرة ومتنوعة، والتي تؤثر بدورها في صورة الذات لدى المريض، وفي قدرته على العمل والتكيف مع الحياة. ومن هذه الآثار التعب الشديد، والشعر بالإنهاك، فقدان الشهية، الدوخة، والغثيان، الإسهال، فقدان الشعر، تغير في لون الجلد، الاكتئاب.وتستمر هذه الأعراض باستمرار المعالجة التي تكون عادة في أيام محددة من كل أسبوع.

- العلاج بالأشعة: يعتبر العلاج بالأشعة من أبرز تقنيات معالجة مرضى السرطان، وحين يدخل المريض إلى غرفة الأشعة يشعر بالوحدة، والخوف، وأنه ليس له أهميه ومعنى. والكثير من المرضى الذين يخضعون لهذه المعالجة تسيطر عليهم مشاعر: الخوف من الموت، والتوتر، وقلق عما سيحدث.
- العلاج الطبي الدوائي: يفترض البعض أن استمرار العلاج الدوائي يتطلب من المريض أشخاصاً يعتمد عليهم من أجل مساعدته في تناول العلاج الدوائي، وذلك لشعوره بأنه غير قادر بمفرده على ذلك. والدوار قد يكون له تأثير كبير على الأداء الوظيفي العقلي المعرفي والانفعالي للمريض، فالمثبطات من الأدوية' مثلاً، تساعد على إيجاد حالة من التشويش الذهني، وضعف الوعي.
- التعامل مع الحرمان والموت: من الخبرات المرعبة بالنسبة للمرضى هي أشكال الفقدان (الحرمان) التي يتعرضون لها، فبالإضافة لإلى فقدان أجزاء من الجسم، كفقدان طرف (في حالات الإعاقة)، أو عضو (كالثدي في السرطان)، يعاني المريض من فقدان القدرة على التحكم في أنشطة الحياة اليومية، وضعف الطاقة، وضعف التفاعل مع أفراد الأسرة والأصدقاء، وفقدان الشعور بهوية الذات الصحية، وضعف القدرة على التحكم بأعضاء الجسم، وحين يكون في المستشفى، فإنه يفقد الأشخاص المهمين في حياته الاجتماعية والذين ألفهم. إن جميع حالات الحرمان (الافتقاد) هذه سواء كانت جسمية (كفقد عضو بدني) أو انفعالية (عطف الآخرين المهمين في حياته لغيابهم عنه) تحتاج تفعيل، أو تعويض سيكولوجي.

هناك حالات من الإحباطات والتقييدات (أو الممنوعات limitations) التي تسيطر على عملية المعالجة الطبية، فلنتأمل الحوار التالي "المضحك"، الذي دار بين الطبيب ومريضه:

- "عليك التوقف عن الشرب والتدخين" قال الطبيب للمريض.
- "ولكني لا أشرب أو أدخن" أجاب المريض طبيبه.
- "لا تمارس الجنس"قال الطبيب للمريض.

- "إنني لا أهتم بممارسة الجنس" أجابه المريض.
- "حسناً ماذا ترغب وتحب؟" قال الطبيب.
- "الرقص"أجاب المريض وهو يبتسم.
- "إذاً لا ترقص" قال الطبيب.

إن تقييد المريض عن الكثير من الأنشطة في حياته، تجعله غير قادر على أن يعيش حياته المعتادة. فهناك بعض الأنشطة والسلوكيات "الممنوعة"، وهناك أنشطة يجب عليه أن يطورها وينميها وفقاً لحالته الجسدية الجديدة، حتى يصبح مستقلاً عن الآخرين لايعتمد عليهم.بعضهم ينفذ التعليمات ويمتنع عن ممارسة كل الأنشطة التي تؤثر سلباً على صحته، وفقاً لتعليمات الطبيب، ولكن بعضهم الآخر لايبالي بذلك، ويستمر بممارسة السلوكيات التي اعتاد عليها قبل مرضه.والكثير من المرضى يتساءلون عما إذا كان باستطاعتهم المشي، أو قيادة السيارة،، أو التزلج، أو ممارسة هواياتهم. ويحمل كل مريض رغبة داخلية وقوية في متابعة الأنشطة وممارسة حياته المعتادة ،وكثيراً ما يتساءل عن السلوكيات المتاحة له وتلك الممنوعة، ويرتبط بعضها بدرجة اعتماده على الآخرين، ومساعدتهم له فيها، مما يحدد درجة استقلاليته.

- السعي نحو المكانة: هناك جدل يدور بين الأطباء وغيرهم من المتخصصين وهو أن الاهتمامات الطبية المرتبطة بالحياة والموت تحتل المرتبة الأولى، وأن الحياة النفسية وقضايا نمط الحياة تأتي في المرتبة الثانية. والذين يتعاملون مع مرض خطير يعرفون جيداً كيف أن قضية نوع الحياة لها أهمية خاصة، فالألم العضوي ليس مجرد نوع من المعاناة التي يجب على المريض أن يتحمله، فتجاهل الضيق والضغط الانفعالي ربما يكون طريقة لإجراء جراحة بدون تخدير.

- دور التفاهة والغرور أو الذات الاعتبارية: يمكن أن ينظر إلى التغيرات التي تحدث في المظهر الجسمي على أنها فقدان الذات الاعتبارية والأساسية، لأن سوء المظهر يدفع المريض لطرح العديد من التساؤلات منها:"متى يمكنني أن أغسل شعري؟"،"هل يمكن أن أظهر بمظهر حسن في الحفلة". وقد ينظر البعض من المحيطين بالمريض إلى هذه الأسئلة باستهتار، في حين أن المريض يجاهد باستمرار لإعادة كسب مركزه و"غروره" أو ذاته الاعتبارية، وأن يدخل في العالم الاجتماعي بالصورة السابقة التي كان عليها قبل المرض. وهناك حقيقة واضحة وهي أن النرجسيين ربما يقللون من اهتماماتهم الطبية في محاولة منهم للحفاظ على صورة الذات المثالية، وفي حالة عدم مساعدتهم يعاني هؤلاء من الاكتئاب الشديد المرتبط بالمظهر الجسمي السيء أو غير المقبول، وقد ينسحبون من الحياة الاجتماعية. لقد تبين أن العمر يؤثر في الطريقة التي يعالج بها الطبيب مريضه، وأن المتقدمين بالسن ربما يتلقون عناية أقل من المطلوب طالما أنه لم يقدم لهم العلاج الطبي الذي يقدم للمرضى الشباب. من جهة أخرى يعاني المرضى المسنين وبعض الإناث من الذين لايملكون مظهراً جسمياً جميلاً، من الشعور بالتفاهة و أنهم ليسوا موضع اهتمام، وأنه لم يتم التعامل معهم بجدية. عموماً، يعتبر المظهر الشخصي الجسمي موضع اهتمام رئيسي بغض النظر عن عمر المريض وجنسه. يعير بعض المعالجين اهتماماً خاصاً لقضية "التفاهة" أو "الغرور" وحاجة المريض لأن يكون جذاباً وخاصة لدى النساء.
- فقدان الشعر: واحد من الموضوعات المهمة والأقل تفهماً في الميدان الطبي، هو فقدان الشعر لدى المريض نتيجة الجراحة أو المعالجة. فقد يتم حلق الشعر قبل العمل الجراحي، أو يسقط نتيجة العلاج الكيماوي، وحتى حين لا يكون شعر الرأس مهماً، فإن شعر الأهداب والحواجب التي تتساقط ذات أهمية خاصة. ويعتبر الشعر من الأشياء التي لها قيمة خاصة في صورة الذات، كما أن لها معان كبيرة في حياة الشخص وخاصة النساء. إن واحد من الأخطاء التي يقع فيها بعض الأطباء هي أنه لا يعتبر قضية الشعر عند المريض مهمة

على اعتبار أنه يتساقط أو يحلق في مكان محدد فقط، إلا أن هذه النظرة تختلف بالنسبة للمريض الذي يعتبر الشعر ليس مجرد "ظاهرة جمالية" بل مرتبط بمفهوم الذات وتقدير الذات"صورة الجسم". فحلق الشعر أو تساقطه وخاصة في منطقة العانة، تجعل الشخص ينظر إلى نفسه كأنه طفلاً. من هنا فإن معظم المرضى يتعاملون مع فقدان الشعر بحذر شديد، حيث يستقون في الفراش بهدوء وحذر. ولأن موضوع الشعر والصلع من القضايا المهمة لدى المرضى، فقد تصبح قضية مركزية وحور اهتمام المريض، فقد يصبح بعضهم مكتئباً، ويائساً، وأن ذواتهم أصبحت مهددة "الشعور بتهديد الذات".

- فقدان الخصوصية والسرية: يرتبط بفقدان المكانة والمنصب فقدان الخصوصية والسرية (ويسمى الذات العورة)، ويسأل الفريق الطبي عدداً من الأسئلة وخاصة تلك المرتبطة بالحياة الجنسية للمريض، وحياته الانفعالية، وأعضاء جسمه. فلا يوجد جزء أو عضو لا يمكن التطرق إليه. ويسأل المريض العديد من الأسئلة التي يوجهها للمقيمين في المستشفى من مرضى، وعاملين نفسيين، وفريق طبي، وقد يندهش المريض حين يعرف أن ماتم طرحه قد تم تسجيله وحفظه.فالفحوص الطبية تبين أن المريض قد وضع كامل حالته الجسمية والنفسية بيد الطبيب، وأن كلاهما يتبنيان اتجاهاً طبياً اكلينيكياً، ولكن في حالة المرض المزمن هناك نوع من الاستثارة والتوتر المتعلق بحياة المريض الشخصية وخصوصيته.

إن فقدان الخصوصية أو "الذات العورة" هي حالة تظهر بوضوح حين يكون المرضى في المستشفى، ويعيشون مع آخرين في نفس الغرفة، ويفصل بينهما ستار خفيف جداً، بينما يكون الممر مشترك. إن كل ما يدور من حديث يسمعه الطرف الآخر، وأكثر من ذلك فإن كل مريض يعرف مخاوف المريض الآخر وآلامه، ومشاعره، وحياته الشخصية.

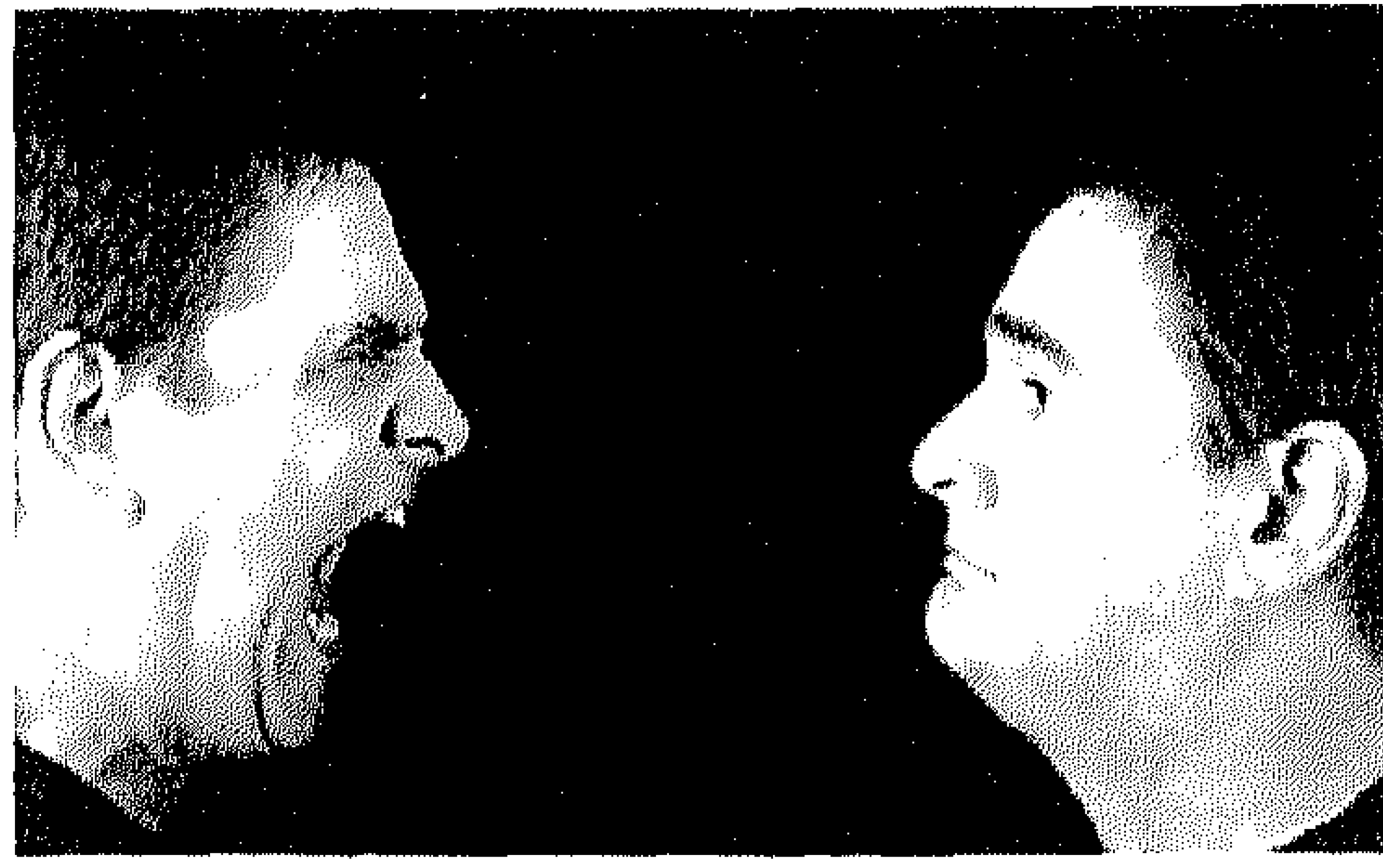
- فقدان التحكم: إن مساعدة المرضى لكي يمتلكوا إحساساً بالسيطرة والتحكم يعتبر أمراً ضرورياً في المعالجة النفسية، ويحتل هذا الموضوع أهمية خاصة. من

جهة أخرى، فإن الممارسة الطبية تتطلب مرضى مطيعين، منفعلين، بل واتكاليين، وبالنتيجة فإنهم يفقدون القدرة على السيطرة والتحكم بحياتهم. ويتوقع من المرضى أن ينفذوا المتطلبات وأن يشاركوا في تنفيذ الخطة العلاجية والتعليمات الطبية، وحين لا يكون هذا متاحاً للفريق الطبي أو فريق الرعاية، يقع المرضى في حالة من الصراع النفسي. فبعضهم يطرح أسئلة تعبر عن قلق شديد يمرون به، وحاجة المريض لمعرفة درجة قدرته على التحكم في شؤون الحياة، ولما سيأتي لاحقاً، بينما يتجه بعضهم الآخر لقراءة الكتب الطبية أو الإطلاع على كل ما يقع تحت يديه في محاولة منه لفهم المزيد عن وضعه الصحي ومرضه، وطرق العلاج المحتملة له. وقد يستجيب الطبيب لتساؤلات مريضه، ويقدم له معلومات تناسب فهمه، والوقت المتاح له.

# الفصل السادس



## سيكولوجية الحياة الاجتماعية للمرضى "الأبعاد والعلاقات الاجتماعية البين شخصية للمضطربين"



# الفصل السادس

# سيكولوجية الحياة الاجتماعية للمرضى

# "الأبعاد والعلاقات الاجتماعية البين شخصية للمضطربين"

- أولاً: تغيرات في دينامية العائلة والعلاقات الأسرية.
- ثانياً: الأطباء والمستشفيات: المعضلة المحبطة.
- ثالثاً: سيكولوجية العلاقة بين المريض والطبيب.

# الفصل السادس
# سيكولوجية الحياة الاجتماعية للمرضى
# "الأبعاد والعلاقات الاجتماعية البين شخصية للمضطربين"

## أولاً: تغيرات في دينامية العائلة والعلاقات الأسرية:

إن الاتكالية الزائدة التي تحدثها الأمراض المزمنة يمكن أن تؤذي العلاقات بين أعضاء الأسرة. فبعض أفراد الأسرة قد يصبحون أكثر اتكالية ودفاعية، وأكثر خوفاً من أن المريض سيواجه الموت أو أنه سيصبح عاجزاً أو ومعاقاً. وقد تأخذ هذه المخاوف مظاهر مختلفة، فقد تظهر بمظاهر القلق أو ما يسمى "الرعاية القلقة"، هذه الرعاية القلقة مرتبطة بما "يمكن" وما "لا يمكن" للمريض أن يقوم به ويؤديه من أعمال. فقد يسيطر على المريض الغضب، وعدم الطاعة، ولا يلبي متطلبات الرعاية المقدمة له، أو لا يستجيب للتعليمات والخطة العلاجية. ويعتقد أعضاء الأسرة بأنه لا أحد سيقدر الشكل الذي ستأخذه حياتهم بعد مرض أحد أعضائها، وقد يبدأ الأمر بمشاعر الرفض، حيث يشعرون بأنهم مهملين وغير مهمين طالما أن معظم اهتمامهم قد تم توجيهه على المريض في العائلة.

### 1) قضايا مرتبطة بالوالد والطفل:

يتأثر الأطفال – في جميع مراحل أعمارهم – بدرجة كبيرة، إذا ما مرض أحد الوالدين. فالأطفال الصغار يواجهون صعوبات في طريقة تعاملهم مع مرض الوالد (الأب أو الأم)، أما الأطفال الأكبر سناً فتسيطر عليهم مشاعر الذنب، وتنديد الذات، وقد يعانون من صراع نفسي بينهم وبين والديهم المرضى. فالوالد المريض مثلاً، قد يصبح متمركزاً حول ذاته، وتسيطر عليه مظاهر التمركز حول الذات والمتطلبات الشخصية، في حين أن الأطفال الأكبر سناً تسيطر عليهم حالة من الصراع النفسي بين متطلبات الوالد المريض المتزايدة التي يجب تلبيتها، وبين عجزهم، وضعف قدرتهم على تلبيتها. يعاني الطفل من صراع نفسي يتمثل في رغبة أساسية في مساعدة الوالد المريض وفي الشعور بالعجز تجاه ذلك، هذا من جهة

الطفل، أما من جهة الوالدين، فيظهر الصراع النفسي الذي يعيشانه من خلال عاطفة المحبة والود والعطف للابن، والغضب لعجزه عن تلبية احتياجاتهما، ويقع على عاتق الأبناء مسؤوليات متزايدة تجاه الوالد المريض.

2) مرض هنتجتون كنموذج:

يعتبر مرض هنتجتون الذي يأخذ مظاهر الارتجاف والرقص غير الإرادي، من الأمراض التي تولد الكثير من الصعوبات والمشكلات التي تواجه أسرة المريض، خاصة وأنه من الأمراض المزمنة والتي تسبب حالة من العجز. ورقص هنتجتون مرض عضوي يحدث عادة بعد سن الأربعين. وفي مراحله المبكرة يعاني المريض من القلق والعصبية، خاصة حين يدرك طبيعة مرضه، وسيره، وتطوره، أما في مراحله المتأخرة فيصبح المصاب متهيجاً، عدوانياً، ويعاني من فقدان السيطرة الإرادية على العضلات أو التحكم بها، وتنتشر هذه الحركات في أجزاء مختلفة من الجسم، ويستمر المرض لسنوات طويلة حتى يحدث الموت البطيء، مع ما يرافق ذلك من ألم.

إن السلوكيات التي يعاني منها المريض تكون حادة وخطيرة، ويرافقها توتر شديد داخل الأسرة، إضافة إلى ذلك، يعاني أفراد العائلة من القلق، والمخاوف من وجود عوامل وراثية وراء المرض، قد تنقله إلى أعضاء آخرين فيها.

3) المريض الذي يعيش وحيداً:

لقد أكد شيلدون وزملاؤه منذ عام (1970) أن الراشدين من مرضى السرطان الذين يعيشون وحيدين ومنعزلين يعانون مشكلات سلوكية أكثر من غيرهم في التعامل مع مرضهم مقارنة بالمرضى الذين يعيشون مع أفراد أسرهم. وهذه ليست حالة عامة، وقد يحتاج الأمر التعرف على احتياجاته والعلاقات الأسرية للمريض. في بعض الأحيان يقوم الطبيب بإحالة المريض الوحيد (الأعزب) إلى المعالجة النفسية، استناداً إلى الفرضية التي تقول بأن هذا المريض ليس له من يرجع إليهم من الأشخاص، وبالتالي لا يتلقى المساندة الاجتماعية اللازمة.

ويكتشف الطبيب أن لدى بعض المرضى شبكة من الصداقات والعلاقات الاجتماعية، أو لديهم شخص مقرب ولكنه لا يعرف شيئاً عن وضعهم. وبالمقابل فإن الشخص المتزوج أو الذي يملك أسرة لا يعني أنه يملك المساندة الاجتماعية الكافية. فالكثير من المتزوجين لهم علاقات اجتماعية فقيرة مع أزواجهم وأولادهم، وقد يكون بحاجة ماسة للكثير من الدعم الاجتماعي الأسري بدرجة تفوق ما يحتاجه العزاب والوحيدين. فالمرضى العزاب أو الوحيدين والذين يعيشون بعزلة، عادة ما يطورون أنظمة سلوكية تساعدهم على الاعتماد على الذات أو الاكتفاء الذاتي في تدبير شؤونهم. وحين يكون المريض ضعيفاً أو سقيماً سيواجه العديد من المشكلات، ويصبح متردداً كثيراً في طلب مساعدة الأصدقاء ودعمهم، فالطبخ والنظافة وتدبير شؤون المنزل ستتأثر بشكل سلبي. وإذا ظهر أن المريض يقترب من الموت، فقد تنشأ مشكلات حول الأصدقاء والمقربين الذين سيهتمون به، وقد لا يستطيعون تدبير الشؤون الخاصة للمريض.

4) خلل وتفكك في الحياة الاجتماعية:

بالمقارنة مع الكثير من الناس الأصحاء، يعاني مرضى الجسم (المصابون بالأمراض العضوية) وحالات العجز الجسمي من الكثير من الصعوبات والمشكلات المرتبطة بكيفية التعامل مع مرضهم عجزهم — ومواجهته. فبعضهم غير واثق مما سيفعله أو يقوله، بينما بعضهم الآخر يخاف من العدوى أو الانتقال بالوراثة، سواء كانت واقعية أم متخيلة. وحين يصبح المرضى أكثر وعياً بحالات عجزهم ومرضهم، فإنهم يواجهون مشاعر العجز وقابلية تعرضهم للموت.

إن إحدى الشكاوي العامة أنه حين يصاب الشخص بمرض ما يتوقف الناس عن التواصل معه. ففي البداية، يزور المريض بعض الأصدقاء والمقربين، أو يقدون له نوعاً من المساعدة التي تدخل في نطاق الدعم والمساندة الاجتماعية، ولكن هذه المساندة تتناقص تدريجياً. فهناك فترات زمنية طويلة حتى يستطيع المريض الاعتماد على نفسه، وخلال ذلك ينظر إليه الآخرون نظرة أسى وتأسف بسبب قلة حيلته وعجزه، وأنهم ليسوا بحالة جيدة كما كانوا من قبل.

## ثانياً: الأطباء والمستشفيات: المعضلة المحبطة:

1) الطبيب: مع مرور الوقت، فغن العلاقات التي يكونها المرضى مع كل من الأطباء والممرضون، تصبح من القضايا المركزية في المعالجة النفسية والرعاية الصحية الطبية. فالأطباء والممرضون يمثلون نماذج الوالدين بالنسبة للمرضى، يتخللها صراعات نفسية بين الاعتمادية (أو الاتكالية) والسيطرة (أو التحكم). فالأطباء والممرضون وغيرهم من الفريق الطبي هم مقدمو رعاية، ولكنهم في بعض الأحيان جامدون أو باردون في تقديم مثل هذه الخدمات وفي علاقاتهم مع المرضى، من هنا تصبح عملية إنهاء المعالجة من المعضلات الأساسية بحد ذاتها. ويخبر العديد من المرضى مشاعر الفراق والانفصال والفقدان وخاصة في الأمراض المزمنة أو الخطيرة مثل السرطان، كما يحدث بعد المعالجة الكيماوية، حيث يفتقد المريض طريقة العلاج الطبي المعتادة أو الأولية، ولكنه يخاف أيضاً من عودة المرض ثانية بعد توقف العلاج الكيماوي الذي يعتبر علاجاً نهائياً وأخيراً.

2) خبرة المستشفى: يحمل دور المريض في المستشفى الكثير من التناقضات، والضيق والتوتر. ففي إحدى الدراسات، دخل الباحث بنفسه إلى المستشفى لمدة خمس أيام على أنه يعاني من مرض حقيقي، ولكنه عانى من الوحدة والعزلة في اليوم الأول، ثم سيطرت عليه مشاعر الملل والضجر في اليوم الخامس. ففي اليوم الأول من دخوله المستشفى، كان موضع فحص وتشخيص طبي من قبل متخصص، أما في نهاية اليوم الخامس فقد سيطر عليه القلق والملل، وبدأت الأعراض البدنية بالظهور فعلياً (مثل ألم في الساقين)، وبعد مغادرته المستشفى، قرر أن يمكث في المنزل ولا يذهب إلى العمل.

نظرياً، وبغض النظر عن علاقة المريض مع الأطباء والممرضين بالمستشفى، فإن علاقتهم الاجتماعية ستصبح أكثر محدودية، كما يسيطر على المريض شعور بعدم القيمة، وضعف المكانة الاجتماعية. وقد تبين أن المرضى يقضون وقتاً طويلاً مع المساعدين والمدراء أكثر من الوقت الذي يقضونه مع فريق التمريض،

والمعالجين، والمختصين بالعلاج الطبيعي والفيزيائي. فالمرضى أقل قدرة على تحديد ما يحدث لهم، وهذا يخلق لديهم حالة من الخوف والإحباط. كما يخبر المرضى حالة من القلق تتعلق بالمواعيد المهمة التي يضعها الطبيب من أجل متابعة الحالة ومآلها، وخلال هذه المرحلة يسيطر على المريض حالة من عدم التنظيم، والتوتر. فالذين دخلوا المستشفى للمرة الأولى يمكن أن يكونوا أكثر اتباعاً لسلوكيات التفعيل acting out التي تظهر من خلال المطالعة وانشغالهم بقراءة بعض الكتب التي تحتوي على إرشادات ونصائح تساعدهم على التعامل مع المرض وظروف المستشفى.

3) الإذعان (أوالمطاوعة) مقابل عدم الإذعان (عدم المطاوعة) قضية محورية:

أشارت نتائج بعض الدراسات (Backman,1989) إلى أن نصف المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة فقط، يتبعون التوجيهات والتعليمات الطبية؟ وتعبر هذه النتيجة درجة مطاوعة المرضى أو عدم مطاوعتهم (التزامهم بتعليمات الطبيب)، مما يؤثر في المعالجة وسرعة الشفاء، كما تؤثر في طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض. وهناك العديد من الأسباب التي تمنع المريض من تنفيذ تعليمات طبيبه وتقيده بها منها:

1. النزعة الطفولية لدى المريض: في العلاج الطبي التقليدي الذي يشجع النزعات والصفات الطفولية لدى المريض، يقل تشجيع العلاقة مع الطبيب في المستشفى والتي تشبه علاقة الطفل بأبيه. فعلاقة المريض بطبيبه تشبه علاقة الطفل بأبيه. من هنا يقاوم بعض المرضى الإجراءات والفحوصات الطبية، فلا يتبع الخطة العلاجية، أو تناول الدواء بانتظام. فالمريض "الطفل" يخفي أشياء عن طبيبه "أباه"، ومن ثم يخفي أشياء كثيرة لايبوح بها، وبذلك يصبح الطبيب بمثابة "ناصح" أو مقدم نصائح وإرشادات.
2. حماية زائدة من قبل الأسرة: ربما يتحمل أعضاء الأسرة مسؤوليات كبيرة تجاه مرض أحد أفرادها. وينتقدونه لأنه لم ينفذ تعليمات الطبيب مئة بالمائة، ويكون رد الفعل الناتج هو الغضب، مما يزيد من عدم مطاوعة المريض.

تقديم صورة الذات: قد تساهم مشاعر الخجل والذنب المتعلقة بالمرض في عدم مطاوعة المريض وتنفيذه لتعليمات الطبيب. فالناس يتجنبون أن يكونوا مرفوضين من الآخرين لأن استحسان الآخرين وتقبلهم للشخص أم مهم في رفع مستوى تقدير الذات، من هنا يتجنب الشخص عادة أن يكون مختلفاً عن الآخرين ويتجنب الاهتمام الخاص، وقد يجد المرضى أنفسهم منشغلون بأنشطة خطيرة ومؤذية لصحتهم مثل تناول أطعمة ممنوعة وتناول المشروبات الضارة.

3. قضايا سيكودينامية: إن مقاومة المريض لتعليمات الطبيب وعدم التقيد بها ريما يكون نوعاً من رفض خطورة المرض، ونكران شدته. فعدم مطاوعة المريض قد يرتبط بالخوف من الاتكالية، والحاجة إلى السيطرة والتحكم الذاتي. فصعوبات طويلة الأمد تأخذ شكل نسيان مواعيد المراجعة، والفشل في تطبيق الوصفات الطبية. من هنا يعتبر مصطلح "المطاوعة " من المفاهيم التي تحمل مضامين السيطرة على الآخرين والتحكم بهم. فتقبل تعليمات الطبيب ربما ينظر إليه على أنه سلوك يعكس الوضع الصحي وتنظيم الذات لديه. على كل، هناك حالات أقل إتباعاً للنصائح الطبية أو أنها تدفع لممارسة سلوكيات غير تكيفية إذا كان الحظ أو القدر يلعب دوراً رئيسياً في معتقدات المريض. فمعالجة السكري مثلاً، يتطلب تنظيماً دقيقاً للغذاء، وممارسة تمرينات منظمة، وجرعات محددة من الأنسولين، وكذلك مراقبة مستمرة لمستويات البول والدم وضغط الدم. وقد تنشأ الكثير من الآثار الخطيرة إذا لم ينفذ المريض مثل هذه التعليمات الطبية، ومن أبرز هذه الآثار ضعف البصر وفقدانه.

4. معلومات خاطئة عن الدواء: بعض الأدوية مثل مضادات الالتهاب، ومضادات الاكتئاب، والمهدئات، قد تأخذ عدة أيام وأسابيع حتى تظهر نتائجها. فإذا دخل المريض المستشفى قد يتوقف عن تناول الدواء قبل ظهور نتائج المعالجة الدوائية، وبعضهم الآخر قد يتوقف منذ اللحظات الأولى التي يشعر فيها ببعض التحسن. وفي حالات أخرى قد يسيء المريض فهم وتفسير الآثار الجانبية للدواء.

5. المريض قد يكون جيداً ومطواعاً: الأطباء الذين يتواصلون مع مستجدات العلم والتخصص هم الأقدر على الحفاظ على صحة مرضاهم ومعالجتهم. وقد يتبعون معهم طرق علاج حديثة مقارنة مع الأطباء التقليديين أو المحافظين. والمريض الذي يتلقى علاجه مع طبيب خبير واسع الإطلاع، سيتخلص من حالات الإحباط واليأس التي يعانيها.

4) سيكولوجية الإذعان أو الالتزام بالتعليمات الطبية:

تهمس المريضة في أذن والدتها وهي في غرفة الانتظار: "الآن لا تقولي للطبيب، بأنني لم أتناول الدواء بانتظام". فالناس لا يلتزمون أو لا يتقيدون adhering دوماً بالنصيحة الطبية أو بإرشادات الطبيب المعالج. فمصطلحي الالتزام adherence، والإذعان compliance مفهومان يعبران عن درجة تقيد المريض والتزامه بنصائح الطبيب وخطة المعالجة. وبالرغم من أن للمفهومين نفس المعنى أو الغرض، إلا أن هناك اختلافًا بسيطاً في استعمالهما: فحين نستخدم مصطلح الالتزام، فإننا نشير على درجة تقيد المريض بنصيحة الطبيب وتعليماته الصحية والعلاجية، أما حين نستخدم مصطلح الإذعان، فإنها تتضمن تحمل معنى المطلب demand، وبالتالي يكون مفروضاً على المريض أن ينفذ المطل قسراً، وبالتالي عليه أن يذعن لنصيحة الطبيب، لذلك يفضل استعمال هذا المصطلح الأطباء الذين يتصفون بالسيطرة والتسلط أو الذين يعتمدون على نمط العلاقة المتمركزة على الطبيب. في حين أن الأطباء الذين يعتمدون نمط العلاقة المتمركز على المريض يفضلون استعمال مصطلح التزام أو تأييد نصيحة الطبيب.

5) مدى وانتشار مشكلة عدم الالتزام بنصائح الطبيب:

إلى أية درجة تنتشر مشكلة عدم الالتزام بنصائح الطبيب المعالج؟ إن الإجابة عن هذا السؤال ليست سهلة، كما يبدو للوهلة الأولى. فقبل كل شيء، ربما يحدث عدم الالتزام بنصائح الطبيب، بسبب اختلاف هذه النصائح وتنويعاتها. فقد يعجز المريض عن تناول الدواء عن طريق الفم أو بشكل مباشر، أو يفشل في

ممارسة أنشطة التأهيل، أو يتناول طعاماً ممنوعاً في بعض الأحيان (كمرضى السكري)، أو بسبب تغيير في أساليب الحياة. من جهة ثانية فيمكن للمريض أن يخرق أو ينتهك violate الكثير من النصائح الطبية بطرق مختلفة.

ربما لا يواظب المريض على تناول الجرعات المطلوبة من حيث كميتها، أو في الوقت اللازم لتناولها، وقد لا يستمر على تناوله حتى نهاية العلاج كما يجب، فيتوقف عن تناولها في مرحلة معينة. والسؤال هو "كيف يمكننا تقييم درجة إذعان المريض والتزامه بنصائح الطبيب وتناوله للدواء. هناك طرقاً متعددة لتقييم درجة التزام المريض، ولكن لكل منها إيجابيات وسلبيات، ومن أهم هذه الطرق، طريقتين، هما: الأولى، من خلال سؤال الطبيب المختص نفسه، حيث يمكننا أن نسأله عن درجة تقيد المريض بنصائحه الطبية، ولكن لهذه الطريقة مساوئ، منها أن الأطباء أنفسهم قد لا يعرفون بالضبط درجة التزام المريض وتقيده بالنصح الطبية، فربما يبالغون في ذلك، أو قد يكون تقييمهم ضعيفاً بالنسبة لبعض المرضى مقارنة بمرضى آخرين، من هنا يمكن القول بأن استعمال هذه الطريقة وحدها لا يمكن الركون إليها للتعرف على درجة التزام المريض بنصائح الطبيب. أما الطريقة الثانية، فهي سؤال المريض نفسه، وبالرغم من فائدة هذه الطريقة أيضاً، إلا أنها غير كافية، وقد لا تقدم معلومات دقيقة، فالمريض قد يبالغ القول بأنه يلتزم بتعليمات الطبيب ونصائحه، في حين أنه ليس كذلك، لأنه يعلم أنه يجب أن يقوم بذلك. ولتجاوز مساوئ هاتين الطريقتين التي يمكن القول عنها بأنها طريقتان ذاتيتان (تتأثران بالعوامل الشخصية لكل من الطبيب والمريض)، لذلك سعى الباحثون إلى اعتماد طرق أخرى أكثر موضوعية منها:

1) تقدير كمية الدواء يتناوله المريض (سواء كان سائلاً، أم أقراصاً)، فيمكن لنا أن نقيم درجة التزام المريض بنصائح الطبيب وتقيده بتناول الدواء، من خلال تقدير كمية الدواء المتبقي، حيث ننظر إلى علبة الدواء (السائل، أم الأقراص) ونحسبها أو نقدر كميتها المتبقية، فنحصل على إجابة عن درجة التزامه، ومع أن هذه الطريقة مفيدة، إلا أنها غير دقيقة تماماً لأنها لاتبين لنا هل التزم المريض بتناول الدواء في موعده المحدد وبالأوقات التي يجب عليه استعمالها، لذلك يمكن أن نلجأ على الطريقة الثانية.

2) التقارير التي تقدمها الأجهزة الطبية: وتتضمن هذه الطريقة استعمال أدوات تقييم وتسجيل إلكترونية عن الوقت الذي يتناول فيه المريض دوائه. وبالرغم من أن هذه الطريقة باهظة التكاليف، إلا أنها تقدم لنا تقييماً دقيقاً عن التزام المريض بتناول الدواء في الوقت المحدد، وخاصة بالنسبة للمعالجة طويلة الأمد.

3) الاختبارات والتحاليل الكيماوية المخبرية، فيمكن أن نقيم درجة التزام المريض بتناوله الدواء واتباعه نصائح الطبيب من خلال الفحوص الطبية والتحاليل المخبرية مثل: تحليل الدم، والبول. وبالرغم من أهمية هذه الطريقة ودقتها، إلا أنها لا تبين لنا، ما كمية الدواء الذي التزم به (الجرعات)، ومتى (الوقت)، كما أنها باهظة التكاليف أيضاً.

بغض النظر عن المعضلات التي تخلقها علية تقييم درجة إذعان المريض لنصائح الطبيب أو التزامه بتناول الدواء، بإمكاننا أن نقدم إجابات عامة عن السؤال الذي سبق وطرحناه، وهو "ما مدى تقيد التزام المريض بنصائح الطبيب، وما نسبة انتشاره بين المرضى؟" أجرت بعض الدراسات من أجل الإجابة عن هذا السؤال فتبين أن معدل عدم التزام المرضى بنصائح الطبيب وتناول الدواء كان بنسبة (40٪)، أي أن 2 من كل 5 مرضى لا يلتزمون بتعليمات الطبيب وتناول الدواء كما يجب، وأن نسبة (60٪) هم الذين يلتزمون بهذه النصائح والتعليمات، وأن هذا الالتزام يتأثر بعوامل مثل: نوع هذه النصائح، وطول مدة تطبيقها، وحسب نوع المرض أو الحالة التي يعاني منها المريض (حالة خطيرة، مزمنة، حادة.. الخ)، فقد بينت نتائج بعض الدراسات ما يلي:

- إن التزام المريض بتناول الدواء بالنسبة للأمراض الحادة acute illnesses التي لا تحتاج فترة علاج طويلة، تكون نسبة التزام المريض فيها (78٪)، أما نسبة الالتزام بالنسبة للأمراض المزمنة chronic illnesses التي تحتاج لفترة علاج أطول فبلغت (54٪) فقط.
- إن معدل الالتزام بتناول الدواء من أجل الوقاية من الأمراض بلغ (60٪) سواء كان قصير المدى (لفترة قصيرة) ام طويل المدى (لفترة طويلة).

- إن التزام المريض بجدول المواعيد والزمن الخاص بتناول الدواء يكون أعلى وأكثر دقة حين يكون صادراً عن المريض، أو يكون قد اقترح المريض على الطبيب ذلك، بدلاً من أن يكون مفروضاً عليه من الطبيب.
- الالتزام بالتوصيات والنصائح الطبية تتغير مع الحياة، ولا تبقى على حالها مع تقدم الشخص بالعمر، فمن المعروف أن التوقف عن التدخين، وإتباع نظام غذائي معين، متغيراً مهماً يؤثر في سلوك المريض، وأنه أقل إمكانية للتقيد به. فإذا نصح الطبيب مريضه بأن يقلع عن التدخين، فستكون هنا صعوبة من قبل المريض للالتزام بهذه النصيحة، والأمر نفسه ينطبق على التقيد بنظام غذائي معين (Hayes,et al, 1994).

ومع ذلك يجب أن يبقى في الأذهان نقطتين أساسيتين حول هذه النتائج المذكورة أعلاه: الأولى، هي أن النسبة المئوية للالتزام قد تكون عالية مبالغ فيها (قد يكون السبب هو أن هذه الدراسات اعتمدت على مرضى لديهم الرغبة والدافعية في تنفيذ تعليمات الطبيب ورغبوا في المشاركة بالدراسة، كما أنه يصعب علينا أن نصل إلى تقييم دقيق لخصائص وصفات هؤلاء الأشخاص مما يؤثر في سلوكهم. الثانية، إن النتائج والنسب المئوية التي قدمتها هذه الدراسات لا تعكس حقيقة عدم التزام المرضى بنصائح الطبيب والتقيد بتناول الدواء، فبعضها ركز على درجة الالتزام بنظام الدواء، وتوقيته، أو بكميته، ولكن ليس بمختلف النصائح الطبية التي يقدمها الطبيب لمريضه ( Epstein,& Cluss,1985 ).

6) لماذا يلتزم المرضى بنصائح المعالج ؟ ولماذا لا يلتزموا بها ؟

لقد تبين أن الأطباء والمتخصصين لا يعرفون كيف ولماذا يلتزم المرضى بنصائحم الطبية وإرشاداتهم في إتباع الدواء، فماذا يفكر ويعتقد الطبيب حين يعرف أن مريضه لم يلتزم بتعليماته الطبية، والنظام الدوائي العلاجي الذي قدمه له؟ يفكر الطبيب مباشرة بالآثار والنتائج الصحية المرتبة على عدم الالتزام هذا، فقد يلقي اللوم على المريض لعدم تقيد بالتعليمات، وقد يصف مريضه بأنه "غير متعاون"، أو أنه عاجز عن تفهم النصيحة والتعليمات، أو أن هذا المريض مر

بخبرات ومواقف صعبة. لقد أظهرت نتائج الدراسات أن الأطباء والمرضى جميعهم يؤثرون في درجة التزام المريض بالتعليمات الطبية والدواء أو عدم التقيد بها. وقد تم دراسة العديد من العوامل التي تؤثر في درجة التزام المريض بالدواء والنصائح الطبية، بعض هذه العوامل يتعلق بالنظام الدوائي نفسه ونوعيته، وبعضها الآخر يتعلق بالمرض ونوعه.

6 –1– خصائص النظام العلاجي الدوائي والمرض باعتبارها من العوامل المؤثرة في التزام المريض بالعلاج:

تختلف أنظمة الدواء التي يقدمها الأطباء لمرضاهم بطرق متعددة، وذلك من حيث نوعها: شراب سائل، أقراص بالفم، أو غيرها، كما تختلف من حيث: كميتها، ودوامها أو طول فترة استعمالها، وسعرها أو تكاليفها المادية، ومن حيث آثارها الجانبية، ودرجة تأثيرها أو مفعولها في جسم المريض وسلوكه. فلننظر في تأثير كل عامل من هذه العوامل في درجة التزام المريض بالدواء وتقيده بتعليمات الطبيب، وكيف يتم ذلك.

- بعض الأنظمة الدوائية والعلاجية، تتطلب من المريض أن يغير عاداته السلوكية واليومية، مثلاً، من أجل الحفاظ على التمرينات الرياضية بانتظام، وخفض معدل السعرات الحرارية بالجسم، وإيقاف التدخين، أو التوقف عن تناول المشروبات الكحولية. فهذه الأمثلة تقدم لنا بوضوح التغيرات التي يجب أن يقوم بها المريض حتى ينفذ تعليمات الطبيب، ونظامه العلاجي. وقد لاحظنا أن هذه التغيرات قد تكون صعبة لغاية بالنسبة لبعض المرضى، وذلك لأنها بمثابة عادات سلوكية ثابتة وراسخة، وخاصة حين يكون المرض الذي يعانيه المريض خطيراً ويتطلب مثل هذا التغيير، ففي هذه الحالة ستكون الصعوبة أكبر. لقد أظهرت بعض الدراسات أن الناس أقل التزاماً بنصائح الطبيب والنظام الدوائي حين يتطلب ذلك تغييرات في عاداته الشخصية أكثر منها بالنسبة للالتزام في تناول الدواء فقط، وهذا يعني أنه يسهل على المرضى التقيد أو الالتزام بتناول الدواء بانتظام، منه في تغيير العادات الشخصية لديهم.

- بعض العلاجات أكثر تعقيداً وتركيباً من بعضها الآخر، فالعلاج الدوائي الذي يكون نظامه معقداً، كالتالي:

1) دواء (أقراص) مرتين يومياً: صباحاً، ومساء.

2) دواء شراب سائل: ثلاث مرات يومياً بعد الطعام.

3) أقراص من نوع آخر: واحدة صباحاً، وأخرى قبل النوم. مثل هذا النوع من النظام العلاجي الدوائي أصعب في التنفيذ والالتزام به من نظام علاجي دوائي آخر، لأنه معقد، وفيه تنوع في الكميات، والأوقات، والأنواع. من هنا يمكننا القول بأنه كلما كان النظام العلاجي في تناول الدواء معقداً، كلما صعب على المريض الالتزام به وتنفيذه، وبالتالي تقل درجة الإذعان لنصائح الطبيب. إن النظام العلاجي الدوائي يزداد تعقيداً وصعوبة إذا كان المطلوب من المرضى مهمات صعبة ومتنوعة، كالمريض الذي يعاني من مرض الكلية kidney عليه أن يقوم بالكثير من الإجراءات الطبية، مثل:

- عملية الديلزة hem dialysis او غسيل الكلية بانتظام حيث يتم تصفية الدم وتنقيته، ويأخذ هذا الإجراء ما يقرب من 4 – 6 ساعات ثلاثة مرات اسبوعياً، وأثناء هذا الوقت يمكن للمريض أن ينام أو ينشغل بأي نشاط آخر كالقراءة مثلاً.

- على المريض أن يتناول كميات كبيرة من الدواء والفيتامينات – كأن يتناول جرعات كبيرة من الأقراص الدوائية.

- عليه أن يتبع نظاماً أو حمية غذائية قاسية بحيث تشتمل على كميات كبيرة من الصوديوم، كملح الطعام، والبوتاسيوم، والفوسفور التي توجد في الخضار والفاكهة، إضافة إلى البروتينات الموجودة في اللحوم.

عموماً على مرضى الكلي أن يقوموا بهذه الإجراءات الطبية، وكلما قاموا بتنفيذها، كلما كانت درجة التزامهم بنصائح الطبيب، وإذعانهم له عالياً.

هناك عدد كبير من المرضى يفكرون بطول فترة تناول الدواء، وبتكاليف الدواء، وآثاره الجانبية، والتي تعتبر عوامل مهمة جداً تؤثر في درجة تقيد المريض بها وتنفيذه للإرشادات. فبالنسبة لطول فترة تناول الدواء، فقد أظهرت نتائج الدراسات أن تقيد المريض بتناول الدواء والتزامه به يضعف مع مرور الزمن. فالنظام العلاجي الدوائي الذي يجب على المريض تناوله لفترة قصيرة، يوصف عادة للأمراض الحادة والفجائية، وقصيرة الأمد، وبالتالي يكون التزام المريض بها، وتقيد بنصائح الطبي على درجة عالية جداً وذلك عكس العلاج الدوائي الذي يوصف للأمراض المزمنة طويلة الأمد، والتي يضعف تقيد المريض بها، وتنفيذه لها. أما بالنسبة لتكاليف الدواء (سعره)، و آثاره الجانبية، فقد أظهرت النتائج البحثية أن تأثير هذين العاملين ليس ثابتاً. فقد تبين أن المريض الذي يلعب دور المرض (سلوك دور المرض أو تصنع المرض) لا يتأثر بهذه العوامل، فمثل هذا الشخص لا يمنعه غلاء الدواء والمعالجة من التزامه بتناول الدواء وتنفيذه لتعليمات الطبيب. من جهة ثانية ليس لجميع الأدوية آثاراً جانبية أو مزعجة، ولكن ماذا عن الأدوية التي يكون لها فعلاً مثل هذه الآثار، فهل ستؤثر في درجة التزام المريض بتناول الدواء؟ للإجابة عن هذا السؤال، فقد تبين أن بعض المرضى الذين تظهر لديهم مثل هذه الآثار الجانبية للدواء، تدفعهم لأن يخفضوا من جرعاتها أو كمياتها، أو يقلصوا من فترة تناولها. من هنا يمكننا القول بأن تأثير عاملي تكلفة الدواء، وآثاره الجانبية على المريض، يمكنها أن تؤثر فعلاً بدرجة التزامها بتناولها، وتقيده بنصائح الطبيب حل ضرورة استعمالها (Safarino,2001).

تأثير كل من: العمر، والجنس، والعوامل الاجتماعية الثقافية في التزام المريض بتناول الدواء، واتباعه نصائح الطبيب: الدراسات المبكرة التي أجرت لبحث تأثير كل من عمر المريض، وجنسه، وخلفياته الثقافية والاجتماعية، لم تجد تأثيراً لها في درجة التزام المريض بالعلاج الدوائي وتقيده به. فلم تجد هذه الدراسات علاقة بين التزام المريض بتناول الدواء، وبين كل من عمر المريض، وجنسه، والخصائص

الديمغرافية مثل: ثقافته، وطبقته الاجتماعية، وسلالته العرقية، وديانته. فهل يمكننا الاستنتاج بأن هذه العوامل ليس لها تأثير في درجة إذعان المريض والتزامه بالعلاج الدوائي الذي يضعه الطبيب؟ يجب القول أولاً بأن تأثير كل عامل من هذه العوامل في التزام المريض بتناول الدواء لا يمكنه أن يعمل منفرداً أو منعزلاً عن العوامل الأخرى، من هنا يجب التأكيد على أن تأثير هذه العوامل يكون مجتمعاً، وخاصة أنها متداخلة فيما بينها وتتبادل التأثير. وبالرغم من ذلك، فقد تبين أن بعض هذه العوامل ذو تأثير أوضح وأكبر من بعضها الآخر، فلنأخذ مثالاً على ذلك كلاً من العمر، والجنس، والخلفية الاجتماعية والثقافية للمريض.

فيما يتعلق لعمر المريض، فقد تبين أنه يؤثر في درجة التزام المريض بتناول الدواء وبنصائح الطبيب وذلك بطرق مختلفة، حسن عمر المريض، ونوع المرض الذي يعانيه، وقد تبين أن:

- فيما يتعلق بالمرضى من الأطفال فقد تبين أن الأطفال الصغار أكثر تقيداً والتزاماً بتناول الدواء (المضادات الحيوية) من الأطفال الأكبر سناً، كما أن التزام الطفل بتناول الدواء يتأثر بتوجيه الأهل.
- بالنسبة للأطفال والمراهقين من مرضى السكري، فقد تبين أن المراهقين أقل التزاماً بتناول الدواء والتقيد بالعلاج وخاصة الحمية، مقارنة بالأطفال.
- بالنسبة لمرضى الضغط الذين تتراوح أعمارهم بين 35– 84، فقد تبين أن التزام المرضى منهم الذين تجاوزا سن الخامسة والسبعين (75) هم الأقل التزاماً بتناول الدواء والمعالجة، بينما كان هذا الالتزام أقصاه بين سني 65 – 74 سنة.

فالأطفال يمكنهم أن يصبحوا أكثر التزاماً بتناول العلاج الدوائي والتقيد بنصائح الطبيب مع تقدمه بالسن، وقدرتهم على تحمل المسؤولية، أما المراهقين فيمكن أن يكونوا اقل التزاماً من الأعمار الأخرى وخاصة بالنسبة للعلاج طويل الأمد (Morell, et al ,1995).

فيما يتعلق بجنس المريض، وخلفيته الاجتماعية والثقافية، فإن تأثيرها في التزام المريض بتناول العلاج الدوائي وتنفيذ تعليمات الطبيب، إنما ترتبط بظروف، وشروط خاصة، فمثلاً، النساء الأكثر انشغالاً واهتماماً بأوزانهن هم الأكثر التزاماً وتنفيذا بنصائح الطبيب وبالعلاج الذي يقدمه لهن من أجل خفض الوزن. من جهة أخرى فإن بعض الجماعات العرقية والثقافية، ربما تعتقد بأن الالتزام بتعليمات الطبيب أمراً مرتبطاً بالقيم الثقافية التي يلتزمون بها في سلوكهم اليومي، مما يزيد من نسبة الإذعان لإرشادات الطبيب لديهم، كما أن نوع العلاج يختلف تأثيره من جماعة لأخرى، فمثلاً، ربما يعتقد الأمريكي من أصل هندي أنه لايجب عليه تناول علاج دوائي (أقراص، أو سائل) لفترات طويلة، لأن مثل هذا العلاج يناقض ثقافته ودينه الذي يشدد على العلاج الطبيعي والروحي.

6 – 2 – الخصائص النفسية لمريض وتأثيرها في درجة التزامه بتناول الدواء، وإذعانه لتعليمات الطبيب:

لقد بينا الفقرات السابقة أن تأثير كل من نوع المرض الذي يعانيه المريض، وتكلفته تؤثر في درجة التزامه بتناول الدواء وذلك وفقاً لنظرة هذا المريض، ورؤيته الخاصة. فإدراك المريض لخطورة حالته، وتكلفة العلاج، وإدراكه للفوائد التي سيجنيها من العلاج ستؤثر في درجة التزامه بهذا العلاج وبتعليمات الطبيب. وقد تحدثنا عن هذا عندما بحثنا نموذج القناعة والمعتقدات الصحية، والذي يبين لنا كيف تلعب معتقدات المريض وقناعته الشخصية دوراً مهماً في اتباعه للسلوك الصحي، ومنها تنفيذ تعليمات الطبي ونصائحه باعتماد العلاج. من هنا يمكننا القول بأن المريض الذي يعتقد (ويقتنع) بأن مرضه خطيراً، وأنه سيجني فوائد جمة من وراء العلاج الدوائي الذي وصف له، فإنه سيلتزم به، ويتقيد بتنفيذ تعليمات الطبيب ونصائحه، بل ويسعى لتجاوز الكثير من العقبات التي تحول دون تنفيذه لها.

لقد أظهر بعض الباحثين أن عدم التزام المريض بالدواء وعدم إذعانه لنصائح الطبيب يكون بعد تفكير ملي وترو، وتمهل deliberate، وانه يستند إلى أسباب منطقية أو موثوقة، بغض النظر عما إذا كانت هذه الأسباب طبية محضة. وهذا ما يسمى بعدم الإذعان المنطقي، أو عدم الالتزام العقلاني rational nonadherence ، والسؤال هو : كيف يمكن لعدم الالتزام المنطقي أو العقلاني أن يكون عقلانياً؟ يمكن للمرضى أن يتصرفوا بشكل عقلاني ومنطقي حين يفشلوا في تناول الدواء لأنهم:

1) يملكون سبباً أو مبرراً للاعتقاد بأن الدواء لا يساعدهم، أو لن يفيدهم.
2) يشعرون بأن الآثار الجانبية لهذا الدواء ستكون مزعجة، وتسبب الضيق لهم.
3) حين يكونوا مشوشي الذهن، ولا يعرفون كم سيتناولون من الدواء (كميته)، ومتى (الوقت).
4) حين لا يملكون النقود الكافية لشراء الدواء وخاصة إذا كان باهظ الثمن.

لا توجد أسباب غير منطقية أو غير مبررة، ففي الكثير من الحالات يكون المرضى على صواب بعدم التزامهم بتناول الدواء أو بنصائح الطبيب، كما هو الحال حين يعانون من آثار جانبية خطيرة، أو متنوعة في صحتهم. فقد تبين أن الكثيرين من مرضى الربو لا يلتزمون بالعلاج وبنصائح الطبيب وذلك لأسباب غير مقصودة أو غير متعمدة unintentional reasons، مثل النسيان، وأن أكثر الأسباب المقصودة intentional reasons لديهم لعدم التزامهم بالدواء وبإرشادات الطبيب هي الآثار الجانبية للدواء، وتكلفته (Simon & Kaplan,1991).

إن درجة التزام المرضى بتناول الدواء وإذعانهم لتعليمات الطبيب تتأثر بالعوامل المعرفية والانفعالية المتعلقة بإدراكهم لتوصيات الطبيب وفهمهم لنصائحه الطبية. فقد أظهرت نتائج الدراسات المتعلقة بتأثير العوامل المعرفية والانفعالية في استرجاع المرضى للمعلومات التي قالها الطبيب وتذكرهم لإرشاداته الطبية أن:

- المرضى أكثر نسياناً لما يقوله الطبيب لهم.
- التعليمات والإرشادات الطبية التي يقولها الطبيب أكثر عرضة للنسيان من المعلومات والحقائق.
- كلما زادت كمية المعلومات التي يقولها المريض، كلما زاد تعرضها للنسيان.
- يتذكر المرضى:

1) ما قالوه وتحدثوا عنه أولاً (في البداية).
2) وما يعتقدوا انه الأكثر أهمية.

- المرضى الأكثر ذكاء لا يتذكرون أكثر من المرضى الأقل ذكاء.
- الأكبر سناً يتذكرون كمية من المعلومات اثر مما يتذكر الأقل عمراً.
- المرضى الأكثر قلقاً أكثر تذكراً واسترجاعاً لما قالوه مقارنة بالأقل قلقاً أو غير القلقين.
- كلما كانت ثقافة المريض الطبية عالية، كلما زادت نسبة تذكره وتفهمه للنصائح الطبية.

ومن العوامل النفسية الأخرى التي تؤثر في التزام المريض بتعليمات الطبيب وبتناول الدواء الدعم أو المساندة الاجتماعية، ويمكن القول بأن الأفراد الذين يتلقون الرعاية، والدعم، والمساعدة التي يحتاجون غليها من الآخرين أكثر التزاماً بتناول الدواء وبتعليمات الطبيب من الأفراد الأقل تلقياً للدعم والمساعدة. ومثل هذا الدعم والمساعدة يمكن أن يتلقاها الفرد من والديه، أو أفراد أسرته، أو أقاربه، أو اصدقائه، ويمكنها أن تفيد في اتباع المريض لتعليمات الطبيب وتناول الدواء.

7) تفاعل المريض/الطبيب (العميل/المعالج) وتأثير كل منهما في الآخر:

يرجع مصطلح "دكتور"Doctor إلى اصل لاتيني docere والذي يعني "أن تعلم"، "to teach" . وهناك نوعان من التعليم الجيد يشتملان على:

1) تفسير، أو شرح المعلومات بوضوح وبطريقة منظمة.
2) وكذلك تقييم ما إذا كان المتعلم قد تعلم، وفهم هذه المعلومات. من هنا يمكننا القول بأن بعض الأطباء هم معلمين جيدين، وبعضهم الآخر ليس كذلك. والكثير من الأطباء ليسوا متأكيدن من أن مرضاهم قد فهموا المعلومات/الإرشادات التي قدموها لهم، كما أن التواصل الناجح بين المريض والطبيب يشتمل على تأثر وتأثير، هذا التفاعل المتبادل، سينعكس على درجة التزام المريض بتعليمات الطبيب وبالدواء.

7-1- التواصل مع المرضى:

لنفترض أن طبيبك قال لك "عليك أن تأخذ حبة كل ست ساعات"، فهل يعني هذا أنه يجب عليك أن تستيقظ في منتصف الليل لتأخذ حبة ؟ أو يكفي أن تتناولها خلال النهار فقط؟ وهل يجب عليك أن تسأل طبيبك عن ذلك؟. أحياناً تكون المعلومات التي قدمها الطبي غير واضحة، وقد تتساءل عما إذا كانت هذه المعلومات دقيقة وواضحة، ولكي تتأكد يمكنك أن تطرح عليه السؤال التالي: هل يجب علي تناولها كل ست ساعات بالضبط؟ والطبيب الذي يكون واضحاً ودقيقاً عليه ان يجب، ويقول "عليك أن تستيقظ في الليل لتناول الدواء، منعاً من حدوث العدوى أو رجوع الأعراض "، فإذا لم يقل الطبيب ذلك، سيحاول المرضى أن يجيبوا عن هذا السؤال بأنفسهم، وغالباً بشكل غير دقيق، أو مغلوطاً. (Morell, et al, 1995).

يغادر العديد من المرضى عيادة الطبيب أو مكتبه دون أن يعرفوا كيف سيتابعون العلاج الدوائي، ويواظبون عليه. ففي دراسة تم فيها مقابلة الكثير من المرضى في مراكز الرعاية الصحية، بهدف الكشف عما إذا كان هؤلاء المرضى قد تأكدوا من معرفتهم وفهمهم لطريقة تناول الدواء والمواظبة عليه، وكذلك الكشف عما إذا كان التفاعل اللفظي الفعلي بين المريض والطبيب قد تضمن معلومات كافية عن كيفية تناول الدواء وفهم نصائح الطبيب الطبية.

**وقد أظهرت النتائج أن:**

1) معرفة المرضى لطريقة العلاج الدوائي وكيفية استعماله كانت غامضة ومشوشة، فقد عبر نصف الذين تمت مقابلتهم عن عدم فهمهم ومعرفتهم بكيفية تناول الدواء، وأن واحد من كل خمسة، لم يعرفوا الهدف، والطريقة التي يتم فيها تناوله.
2) إن السبب الرئيسي وراء عدم فهمهم لكيفية تناول الدواء والمواظبة عليه هي أن الطبيب نفسه لم يقدم لهم المعلومات الكافية، فنصف الوصفات الطبية التي قدمت لهم لم تكن تشتمل على صفحة التعليمات الطبية عن استعمال الدواء.
3) المرضى لم يسألوا إلا أسئلة محدودة جداً أثناء مقابلتهم للطبيب،والكثيرين منهم لم يطرحوا أي سؤال عليه.
4) تبين أنه كلما كانت تعليمات الطبي بواضحة، ومصرح بها، كلما كان التزام المرضى بها أكثر، وكان تناولهم للعلاج الدوائي والمواظبة عليه أكثر.

يقضي الأطباء وقتاً قصيراً جداً في شرح التعليمات لمرضاهم أثناء الزيارة، بحيث لا تتعدى دقائق، مما يسبب الكثير من المعضلات في فهم التعليمات، وكيفية تناول الدواء، وحتى في عدم الالتزام بتناوله. وقد أجريت دراسة بحثت في تقارير طبية عن مقابلات لأطباء مع مرضاهم في العيادات الخاصة وفي المستشفيات والمراكز الصحية، وتبين أنه أثناء الزيارة والمقابلة، التي لم تستمر لأكثر من 20 دقيقة، لم يقض الأطباء إلا دقيقة واحدة، أي بنسبة (5 ٪) من زمن المقابلة والتواصل مع المريض، ليشرح له طريقة تناول الدواء، وطبيعة المرض، وكيفية معالجته. والملفت في هذه الدراسة، ان الأطباء أنفسهم قرروا انهم تواصلوا جدياً مع مرضاهم وشرحوا لهم طبيعة المرض، وعلاجه، وكيفية تناول الدواء، وحين تم طرح السؤال التالي عليهم: كم من الوقت أمضيته في تقديم المعلومات لمرضاك؟ فإن الإجابة كانت أن كل واحد منهم أمضى وقتاً أطول بكثير مما ذكره المرضى انفسهم، وهذه النتيجة تعبر عن عدم تناسق أو صدق إجابات طرفي التفاعل. وفي دراسات أخرى، تم التوصل إلى أن الأطباء يقضون وقتاً أطول في التفاعل مع مرضاهم وتقديم معلومات كافية عن تناول الدواء، وأن طول الفترة التي يقضيها الطبيب في تقديم المعلومات لمرضاه كانت حوالي (10 ٪) من زمن الزيارة أو اللقاء .(Dimatteo,1985)

يمكننا أن نقول بأنه كلما زاد تواصل الطبيب مع مريضه، وكلما قدم له معلومات كافية، وواضحة، عن طبيعة مرضه، وكيفية معالجته، وتناول الدواء واستعماله، كلما زاد من التزام المريض بهذه التعليمات وبالتالي تقيد بالنصائح الطبية حتى يحقق العلاج أغراضه. 9 – 0

7 – 2 – التزام المريض بالتعليمات وبتناول الدواء، وصلته بتفاعل الطبيب/المريض:

كما تبين سابقاً، فإن الناس يفضلون نمط العلاقة المتمركزة على المريض، أي تلك التي يكون فيها المريض فعالاً ويتحدث عن حالته. وقد أظهرت نتائج الدراسات أن الأشخاص الذين يكونون علاقات إيجابية وفعالة، وجيدة مع أطبائهم، هم الأكثر تقيداً بتعليمات هؤلاء الأطباء والتزاماً بتناول الدواء بشكل دقيق. فقد تبين أن الكثير من أمهات المرضى من الأطفال لم يتلقين عبارات واضحة عن الكثير من المعلومات الخاطئة التي تكونت لديهن حول أسباب أمراض أطفالهن، وأن أكثرهن لم يكن راضيات عن طبيعة العلاقة والتفاعل الذي يتم مع الطبيب، وأن أكثر المعضلات التي واجهتهن، هي أنه لم تتم الاستجابة لأسئلتهن، ولم يعمل هؤلاء الأطباء على خفض القلق الذي كن يشعرن به أثناء اللقاء. من جهة ثانية فقد تم بحث وتقييم ما إذا كان الالتزام بتناول الدواء وتنفيذ التعليمات الطبية مرتبط برضا أمهات المرضى وطمأنينتهن أثناء الزيارة، ولتحقيق هذا الهدف، فقد قام الباحثون بزيارة الأمهات بعد أسبوع أو أسبوعين من زيارتهن لعيادة الطبيب، من أجل تقييم درجة التزام أبناهن المرضى بتعليمات الطبيب وتناول الدواء بانتظام، وقد تم ذلك من خلال مقابلة الأم، واستجابتها لكيفية تناول ابنها للدواء. وقد ظهر أن الأمهات اللواتي كن أكثر رضا من زيارة الطبيب، وأكثر قناعة وطمأنينة، ودفئاً، هن الأكثر تواصلاً، وتفهماً لتعليمات الطبيب، وأن أبنائهن يتبعن تنفيذ تعليمات الطبيب وتناول الدواء بانتظام (Simon,& Kaplan,1991).

باختصار يمكننا القول، أن الأسباب التي تدفع المريض لتنفيذ تعليمات الطبيب والتقيد بتناول العلاج الدوائي، أو عدم التقيد به، يرتبط بخصائص المريض النفسية، وبشخصية الطبيب ومهاراته، وبنوعية العلاقة بين الطرفين. فكيف يمكننا أن نغير سلوك المريض من عدم الالتزام بتناول الدواء وبتعليمات الطبيب إلى التزام، وانتظام في تناوله؟ وما هي الإجراءات التي يمكننا اتباعها لتحسين التزام المريض، والتقيد بالتعليمات الطبية؟ هذا ما سنجيب عنه في الفقرة التالية.

7 – 3 – رفع مستوى إذعان المريض والتزامه بالتعليمات وبالعلاج الدوائي، وتحسينه:

إن رفع مستوى التزام المريض بتناول الدواء وتقيد بنصائح الطبيب، يساعد على بلوغ أهداف العلاج، فما أهمية التزام المريض بتناول الدواء وامتثاله لنصائح الطبيب؟ يسعى العاملون في الخدمات الصحية إلى تعليم المريض التقيد بتعليمات الطبيب وتناول الدواء وفقاً لهذه التعليمات، فهل الالتزام الضعيف، أو عدم التقيد بتناول الدواء بشكل كامل، يعتبر أمراً مقبولاً من قبل الطبيب؟ أي ما هو مستوى الالتزام الذي يجب أن يتقد به المريض ليحقق نتائج إيجابية من العلاج الدوائي؟ وما هو مستوى الامتثال الذي يعتبر مقبولاً؟.

7 – 4 – عدم الالتزام بتناول الدواء، أو عدم الامتثال لتعليمات الطبيب وعواقبها الصحية:

عند عدم التزام المريض بتناول الدواء بانتظام ووفقاً لتعليمات الطبيب، فإن مخاطر صحية يمكن توقعها، وقد تحدث مشكلات صحية جديدة لم تكن موجودة في السباق، أو تطور المشكلة الصحية الأساسية لدى المريض وتتجه نحو مزيد من التعقيد. فقد تبين ان نسبة (20٪) من المرضى المنومين بالمستشفيات يعانون من حالات مرضية ناتجة عن عدم تقيدهم بتناول الدواء بانتظام، وعدم امتثالهم لتعليمات الطبيب. كما تبين أن مرضى القلب الذين والنوبات القلبية الذين لم يتقيدوا بتناول الدواء بانتظام، ولم يمتثلوا لنصائح الطبيب وتعليماته،

هم أكثر عرضة للموت بنسبة تزيد (3) مرات، مقارنة بأقرانهم من المرضى الذين التزموا بهذه التعليمات والدواء. إن عدم الالتزام بتعليمات الطبيب وبتناول الدواء بانتظام لا تحدد بمفردها الحالة الصحية للمريض وذلك لسببين: الأول هو أن بعض العلاجات أو الأدوية قد تكون مؤذية لصحة المريض، وتكون لها آثاراً جانبية خطيرة أحياناً، من هنا يجب على المرضى مراقبة حالتهم الصحية بدقة، وإخبار الطبيب بما يلاحظونه حالاً، والسبب الآخر هو أن بعض الأطباء يصفون أدوية لمرضاهم تكون غير ضرورية، ولا لزوم لها، بهدف تحقيق أغراض معينة، مثل تحقيق رضا المريض، وإشباع رغباته، وحاجاته النفسية، أو لتجنب بعض المخاطر النفسية والشخصية. ففي أكثر الحالات، تتفق توصيات الطبيب والأدوية التي يصفها مع حالة المريض الصحية ومشكلاته وهذه هي القاعدة الطبية، ولكن حتى حين يقدم للمريض تعليمات أو أدوية معينة، فنحن أمام حالتين، الأولى: هي أن الذين يلتزمون بها قد لا يظهرون الفوائد والنتائج الصحية المرغوبة من ورائها، والثانية، هي أن البعض قد يظهر فوائد صحية، وتتحسن حالتهم أكثر من غيرهم (Hayes, et al,1994).

ترتبط أهمية الامتثال لتعليمات الطبيب وتناول الدواء بانتظام بدرجة وثيقة بمشكلة المريض الصحية أو المرض الذي يعانيه، وبنوع العلاج أو الدواء الذي يناسبه. فمرضى ارتفاع الضغط، مثلاً، عليهم أن يتناولوا (80 ٪) من الدواء الذي يوصف لهم بانتظام حتى يحقق العلاج النتائج المرغوبة في خفض مستوى ضغط الدم لديهم، أما بالنسبة لأمراض أو مشكلات صحية أخرى فإن تناول نسبة (80 ٪) من الدواء ليست ضرورية، فهناك حالات مرضية غير خطيرة، ويكون تناول نسبة (50 ٪) من الدواء كافياً لتحقيق أغراض المعالجة، ففي حالات صحية بسيطة يكون تناول (10 ٪) من البنسلين كافياً لخفض المشكلة والأعراض. من هنا نتحدث عن حالة من الالتزام نسميها الالتزام غير الصحي unhealthful adherence أو الامتثال غير المفيد، والذي يمكن تعريفه بأنه "النقطة أو العتبة التي تقع دون تحقيق أدنى مستوى من الفائدة والنتائج الصحية المطلوبة – علاجياً، ووقائياً– التي

يجب أن يلتزم بها المريض في تناول الدواء الذي وصفه له الطبيب". فإذا لم يتناول المريض الدواء إلى هذه العتبة (بهذا المستوى)، فلن يحقق النتائج الصحية المطلوبة من ورائه. من هنا يجب على المرضى الالتزام بهذا المستوى من الدواء حتى تتحقق الفوائد الصحية. وهناك نقطتين يجب توضيحهما، بهذا الخصوص: الأولى، هي أن الالتزام التام بتناول الدواء والامتثال المطلق لتعليمات الطبيب، قد لا يكون ضرورياً أو لازماً في الكثير من الحالات، والثانية، هي أن مستويات الالتزام الفعلية التي يعتمدها المريض بتناول الدواء قد لاتكون كافية، فهي بحاجة إلى تفعيل وتحسين، حتى يحقق العلاج أغراضه.

7 – 5 – طرائق تحسين التزام المريض بالدواء وتفعيل امتثاله لتعليمات الطبيب:

بدلاً من محاولة الأطباء منع حدوث عدم التزام المريض بتناول الدواء، عليهم أن يطبقوا إجراءات تساعد في تحسين هذا التزام وتفعيل تطبيق التعليمات الطبية، فما هي الطرائق التي يمكن إتباعها لتحقيق هذا الغرض؟ أظهرت بعض الدراسات التي أجريت للإجابة عن هذا السؤال، أن أول خطورة يجب على الأطباء اتبعها حين لا يلتزم المريض بتناول الدواء هي تقديم المعلومات إليه، وشرح طريقة تناوله، وتكرار هذه المعلومات عدة مرات حتى يفهمهما. إن تقديم المعلومات للمريض، عن حالته أو مرضه، وعن طريقة المعالجة، وكيفية استعمال الدواء، والتأكد من فهمه لها، تساعد بمجملها على خفض معدل عدم التزام المريض، وبالتالي تحسين امتثاله لتعليمات الطبيب بتناول الدواء بدقة.

والطريقة الأخرى، هي تحسين تواصل الطبيب مع مريضه، لأن نوع التواصل وطريقة التفاعل التي يعتمدها الطبيب يمكن أن تفعل وتطور، بحيث تساعد في رفع مستوى التزام المريض بالتعليمات الطبية. وقد هدفت بعض الدراسات إلى تصميم برامج لتدريب الأطباء على التواصل، وتنفيذها عبر جلسات محددة، بهدف رفع مستوى تواصلهم مع المرضى وتفعيلها بما يحقق الأهداف الصحية المطلوبة، منها مثلاً كيفية التعامل مع المرضى القلقين، أو ذوي الحساسية العالية، أو أصحاب المزاج الصعب، بما يساعد على رفع مستوى التزام هؤلاء المرضى بتناول

الدواء بانتظام والتقيد بالتعليمات. وقد تم تقسيم الأطباء المبحوثين إلى مجموعتين: الأولى، تمثل المجموعة التجريبية الذين خضعوا للبرنامج التدريبي، والثانية المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا لبرنامج، وقد تبين أن أطباء المجموعة التجريبية الذين خضعوا للبرنامج قد أمضوا وقتاً أطول في تقديم المعلومات لمرضاهم أثناء الزيارة واللقاء، مما رفع من مستوى التزام المرضى بتعليماتهم وتقيدهم بتناول الدواء بانتظام، وذلك على عكس أطباء المجموعة الضابطة (Hall,1990).

ولأن غالبية المرضى، لا يفهمون تعليمات الطبيب، أو توصياته الطبية، فبإمكان الأطباء أن يتعلموا على تقنيات نوعية ومحددة حول طريقة تقديم المعلومات، والنصائح، والتوصيات لتكون أكثر فعالية. ومن أبرز هذه الطرق التي يجب على الأطباء إتباعها:

1) استعمال كلمات واضحة أثناء التواصل، بحيث تكون العبارات بلغة مفهومة وفقاً للغة المريض ولهجته، وفقاً لمستوى فهمه وتفكيره ومعارفه.
2) استعمال كلمات حسية، وملموسة، وواقعية بدلاً من الكلمات، أو العبارات المجردة، ويمكن ذلك من خلال الأمثلة الواقعية، كأن يقول الطبيب لمريضه مايلي: "عليك أن تمشي كيلومتراً واحداً كل يوم، في الأسبوع الأول، وتمشي 2 كيلومتر يومياً في الأسبوع الثاني"، بدلاً من أن يقول له "عليك أن تمارس الرياضة يومياً".
3) يمكن للطبيب أن يوزع تناول المريض للدواء على فترات أو دفعات، بدلاً من استعمالها كاملة لفترة واحدة متواصلة. فمن المعروف أن الكثير من المرضى يتقيدون بتناول الدواء في المراحل الأولى من المعالجة، ثم ينسونها أو يتجاهلونها في الأوقات اللاحقة (بعد فترة زمنية)، وخاصة بالنسبة للأمراض المزمنة التي يكون علاجها طويل الأمد. من هنا يمكن للطبيب أن يوزع تناول الدواء على مراحل، يتخللها فترات استراحة، وذلك حسب نوع المرض والدواء الذي يقدمه.

4) على الطبيب أن يطلب من مريضه مراجعته بعد فترة زمنية معينة، من أجل متابعة حالته، وأن يأتي المريض بالدواء المتبقي، بحيث يتعرف على كمية ما تناوله، ودرجة تقيده بالعلاج الدوائي الذي وصفه له.

تعتبر هذه الطرائق، فنيات سلوكية مفيدة في تحسين التزام المريض بالعلاج الدوائي وامتثاله لتعليمات الطبيب وخاصة بالنسبة للمعالجة قصيرة الأمد short–term (ذات الفترة المحدودة) كما في الأمراض الحادة acute diseases، ولكنها ليست مفيدة بالنسبة للمعالجة طويلة الأمد long–term (ذات الزمن الطويل) كما هو الحال بالنسبة للأمراض المزمنة chronic diseases مثل السكري، والقرحة، والربو. لذلك اتجه الباحثون إلى وضع فنيات وطرائق تساعد في تحسين التزام المريض بتناول الدواء طويل الأمد، وتوصلوا على عدة طرائق منها:

1) الدعم أو المساندة الاجتماعية، فيمكن للطبيب أن يشرك أهل المريض وأقربائه، وأصدقائه لمساعدته في تناول الدواء وتنفيذ تعليمات الطبيب بدقة، ومتابعتهم له باستمرار. ويمكن لهذه المساعدة وهذا الدعم أن يساعد في تكوين اتجاهات إيجابية لدى المريض، كما أن تلقيه للمعززات، والتشجيع، والمساندة أثناء تنفيذه لتعليمات الطبيب وتناول الدواء، تجعله جميعها أكثر التزاماً وتقيداً بها، وتنفيذاً لتعليمات الطبيب. ويمكن للمريض أن يتلقى الدعم الاجتماعي ليس فقط من الأهل والأقارب، والأصدقاء، بل من المؤسسات الصحية، كمراكز الرعاية الأولية، والخدمات الطبية، وغيرها، ما يقدم لها الدعم والمساعدة، والتي تزيد من تقديره لذاته، وشعوره بالانتماء.

2) هناك عدداً من التقنيات السلوكية التي تساعد المريض وترفع من درجة التزامه، وتنفيذه للتعليمات الطبية العلاجية، من هذه التقنيات:

أ. تكيف نظام العلاج الدوائيtailoring the regimen ليناسب حالة المريض. فالكثير من الأدوية يمكن تعديلها لتناسب عادات المريض ودافعيته، فمثلاً، تناول حبة دواء في المنزل بعد الإفطار، أو قبل النوم، يسهل تنفيذها من قبل الكثير من الناس بدلاً من إعطاء دواء يجب تناوله في منتصف النهار.

ب. تقديم تذكرات وملحوظات، أو مفكرة يومية، تتضمن إشارات تساعد المريض على أن يتذكر تناول الدواء والأنشطة الصحية التي وصفها الطبيب، ويمكن أن تكون جانب الهاتف، أو في مذكرة المواعيد، كما أن علبة الدواء نفسها يمكن أن تتضمن مؤشراً على تناوله بحيث تبقى مع أغراضه الشخصية.

ج. مراقبة الذات، حيث يسجل المريض ما يقوم به من أنشطة علاجية سواء كانت تناول الدواء، أو ممارسة تمرينات، أو حمية غذائية (ما يتناوله من طعام يومياً)، بحيث يسجل كل واحدة منها في سجل خاص، بما يتيح له أن يلاحظ ما يقوم به من سلوكيات علاجية صحية.

د. التعاقد السلوكي behavioral contracting ، وفيها يتناقش الطبيب مع مريضه ويتحاوران حول النظام العلاجي الدوائي وغير الدوائي، والأهداف المرجوة منه، والمكاسب التي سيحققها المريض حين ينجح في تنفيذها.

إن الفوائد التي تحققها هذه الطرق تجعل المريض اكثر نشاطاً وفعالية في تنفيذ التعليمات الطبية. ومن الممكن أن يتم ذلك بمساعدة الطبيب، أو فريق التمريض، أو الأهل، والأصدقاء. إن هذه الطرق التي تزيد من التزام المريض بتناول الدواء، وتنفيذ التعليمات، تقع بالدرجة الأولى على عاتق الطبيب المتخصص الذي يلعب دوراً نشطاً في مساعدة المريض، إلا أن هناك طرقاً وتقنيات أخرى يقع عبء تنفيذها على أخصائيين آخرين، مثل متخصصي الخدمة الاجتماعية الطبية، والتمريض، والأخصائيين النفسيين الذين يمكنهم القيام بأدوار فعالة تساعد المريض على تنفيذ التعليمات وتناول الدواء والعلاج بانتظام (Turk &Meichenbaum,1991).

## 7 – 5 – المعالجة النفسية لعدم إذعان المريض أو مطاوعته:

إن تقنيات العلاج النفسي السلوكي قد ثبتت فعاليتها في معالجة معضلة عدم المطاوعة لدى المرضى، وتحسين التزامهم وتنفيذهم لتعليمات الطبيب. فقد استخدمت تقنية التدريب على توكيد الذات لمعالجة عدم مطاوعة مرضى السكري،

وقد حققت نتائج جيدة في تعديل سلوكياتهم الصحية من حيث تحسين تحكمهم بعادات الغذاء، والأنشطة والتمرينات، وانتظام تناول العلاج الدوائي. وقد تبين أن هذه التقنية العلاجية السلوكية تعلم المريض كيف يتعامل مع الفريق الطبي ويتفاعل معه. فالتقنيات السلوكية تساعد المرضى على تعلم النظر بطريقة نقدية وبناءة، بما يحافظ على صورة الذات وتقدير الذات.

وقد طبقت تقنية التعزيز بهدف تحسين طواعية المريض، فالمكافآت تستخدم بهدف تحسين السلوك السوي وتعزيزه، ويستخدم العقاب بهدف خفض السلوكيات غير السوية مما يساعد في تحسين طواعية المريض وتنفيذه لإرشادات الطبيب. وقد استخدمت طريقة التواصل من خلال المكالمات الهاتفية مع المرضى، وقد تحسن أدائهم وأصبحوا أكثر التزاماً ولكن فقط خلال أثناء فترة العلاج.

**ثالثاً: سيكولوجية العلاقة بين المريض والطبيب:**

يسأل الأهل ابنتهم مريضة السرطان، عن الأسباب التي دفعتها إلى عدم مواصلة الذهاب إلى المستشفى لمتابعة جدول العلاج الذي وضع لها، فتجيب "لقد عينوا لي طبيباً جديداً، يشرف على معالجتي، ولكنه ليس جيداً، إنه يعاملني كرقم وليس كإنسان، وحين يتحدث معي ينظر إلى الأسفل، إنني غير مرتاحة، ومتضايقة كثيراً" لقد خبر الكثير من الناس خبرات سيئة في علاقتهم مع الأطباء المعالجين الذين سبق وترددوا على عياداتهم أو في المراكز الصحية، مما يدفعهم إلى التأخر في طلب العلاج حتى حين يحتاجون إليها. فالكثير من الأطباء والمعالجين المتخصصين لا يملكون حساسية لمشاعر مرضاهم، ولا يتصفون بالمرونة في التعامل معهم، كما ينقصهم سرعة الاستجابة لهم، أو يفشلون في توضيح الأمور إليهم، كما أن بعضهم لا يرغب أن يشرك مرضاه في فهم الحالة وتصميم خطة المعالجة، بل يفرضها فرضاً على زبونه. مثل هذه المشكلات قد تزداد من بيئة اجتماعية وثقافية إلى أخرى، ومن منطقة لأخرى.

1. ما يفضله المرضى لدى الطبيب المتخصص في الرعاية الصحية:

حين يذهب المرضى إلى الطبيب بهدف معالجة مشكلاتهم الصحية، ومع ذلك نتساءل: هل يرغب المرضى في "الشفاء" ويسعون إليه، أم أنهم يرغبون في أن يعرفوا شيئاً عن المرض أو الأعراض التي تظهر لديهم، أو أنهم يريدون المساعدة في تحديد الأنشطة المساعدة في عملية العلاج؟ الكثير من الأطباء يسيئون الأحكام في الإجابة عن هذه التساؤلات. ويمكن القول بأن الحكم على كم ونوع المشاركة التي يفضلها المرضى في القرارات الطبية مع طبيبهم تستند إلى درجة التوائم والوفاق compatibility بين المريض/الممرض والطبيب. ويختلف الناس فيما بينهم من حيث درجة المشاركة التي يريدونها مع طبيبهم في الرعاية الطبية والمعالجة. إن أكثر المرضى يريدون أن يعرفوا طبيعة أمراضهم وأسبابها، وكيفية معالجتها، وما يجب عليهم القيام بها حيالها، وحتى المشاركة في اتخاذ القرارات. وقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أشياء مثيرة للاهتمام حول ما يفضله المرضى في علاقتهم مع الطبيب المتخصص أو الشخص الذي يقدم الرعاية الصحية. فقد تبين أن المسنين يرغبون في يتخذ المتخصصون والممرضون القرارات لهم في الرعاية الطبية، وذلك عكس المرضى الشباب، كما أن كمية ونوع المشاركة التي يريدونها تعزز تكيفهم، ورضاهم، وقناعتهم بالمعالجة والرعاية التي تقدم لهم. كما تبين أن المرضى الذين يريدون أن يلعبوا دوراً نشطاً وفعالاً في المعالجة يميلون للتكيف مع متابعة خطة العلاج والمواظبة عليها، وأسرع شفاء، مقارنة بالمرضى الأقل مشاركة (Kulik & Mahler,1991).

ليس فقط الناس أو المرضى هم الذين يختلفون فيما بينهم من حيث المعلومات التي يريدونها، ودرجة المشاركة التي يفضلونها في علاقتهم مع القائمين على رعايتهم الصحية، بل الأطباء والممرضون يختلفون فيما بينهم من حيث الدرجة التي يريدونها في إشراك مرضاهم في الخطة العلاجية التي ستقدم لهم. فقد أظهرت نتيجة بعض الدراسات أن بعض الأطباء لا يرغبون في إشراك الآخرين باتخاذ القرارات حتى لو كانت في أمور عامة وغير مهنية. والسؤال الآن هو ما الذي

يحدث في العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض حين يريد المريض مستوى من المشاركة بما يريد الطبيب فعله واتخاذه من قرارات طبية؟ لقد أظهرت دراسات مسحية واستطلاعية (Lave, 1989)، حول اتجاهات وسلوكيات كل من المرضى والأطباء حول درجة المشاركة في الرعاية الطبية، وقد أظهرت النتائج ما يلي:

1) على الرغم من أن كلاً من الأطباء والمرضى قد بينوا اتجاهاتهم حول درجة المشاركة، إلا أن أياً منهم لم ينفذ ذلك كسلوك واقعي على الأغلب.
2) حين يريد الشخص أو المريض أن يشارك الطبيب مشاركة كبيرة، إلا أن الطبيب نفسه يريد أن يحتكر اتخاذ القرارات بمفرده ويتحمل المسؤولية، فإن نوعاً من الصراع يحدث بينهما، وفي الكثير من هذه الحالات يطلب من المريض أن يبحث عن طبيب آخر.
3) حين يريد المريض من طبيبه أن يتحمل المسؤولية ويتخذ القرارات بمفرده، ولكن الطبيب يريد من مريضه أن يشاركه ذلك، فإن نوعاً من الضيق، وعدم الارتياح يحدث لكليهما. وقد يدفع هذا الأمر بالطبيب إلى أن يبحث لمريضه عن متخصص آخر، أو يقوم المريض نفسه بالبحث عن معالج آخر.

تشير هذه النتائج إلى أن عدم التوافق بين المريض والطبيب، يمكنها أن تؤدي إلى اضطراب وخلل في العلاقة المهنية الطبية، كما يمكنها أن تزيد من مشاعر الضغط النفسي، والتوتر، ومشاعر عدم الارتياح أثناء الإجراءات الطبية والعلاجية.

2. سلوك الطبيب ونمط شخصيته :

تخيل نفسك طبيباً متخصصاً، وأن هناك مريضاً (زبوناً) في غرفة الانتظار سيدخل إليك لإجراء الفحوص وتشخيص حالته، ومعالجته. عن مهمتك ستكون في اتخاذ قرار عما إذا كان هذا الزبون يعاني مرضاً من بين ال1300 وحدة مرضية (اضطراب) تعرفها في مهنتك، وربما لا يعاني هذا الشخص من أية مشكلة، وعليك اتخاذ القرار في غضون 20 دقيقة.

إن تشخيص المشكلات الصحية ومعالجتها عملية ليست سهلة مطلقاً، إنها إجراءات صعبة وشاقة يمارسها الأطباء أثناء تفاعلهم مع المرضى. لقد حدد باتريك بايرن وبيري لونغ Patrick Byrne and Barrie Long منذ عام (1976)، عدة انوع أو أشكال من التفاعل مع المرضى وذلك من خلال تحليل 2500 تقرير طبي لاستشارات صحية مع مرضى في عدة بلدان، هي: إنكلترا، ايرلندا، هولندا، استراليا. لقد اتجه كل طبيب إلى استعمال نمط ثابت من أنماط العلاقة المهنية مع المريض اثناء معالجته، وتبين أن أكثر هذه الأشكال استعمالاً هي نوعين:

النمط الأول:يسمى نمط العلاقة المتمركزة على الطبيب doctor–centered والتي يلعب فيها الطبيب المعالج دوراً فعالاً، حيث يكثر طرحه لأسئلة من النوع المغلق، التي تتطلب من المريض إجابة واحدة ومحددة هي "نعم، أو لا"، كما أن الطبيب في هذا النوع من العلاقة المهنية يركز على المشكلة الأولى التي يطرحها المريض في بداية اللقاء، ويتجاهل كل ما يطرحه لاحقاً من مشكلات أو أعراض ربما يعانوها. إن الطبيب الذي يعتمد هذا النموذج من العلاقة المهنية، يميل إلى أن يوجد صلة بين المشكلة الأولى التي طرحها المريض، وبين الأمراض/الأعراض العضوية بدون أن التطرق لآثارها ومعناها، ودلالتها لدى المريض، ويعني هذا أنه يعتمد الاتجاه الفسيولوجي الطبي المحض في تفسير المرض.

النمط الثاني، ويسمى نمط العلاقة المتمركزة على المريض/الزبون client – centered، وفيها يكون الطبيب أقل ممارسة لأسلوب الضغط والسيطرة، إنه يتيح مجالاً وحرية للمريض لأن يعبر عن نفسه، حيث يطرح عليه أسئلة مفتوحة النهاية مثل: "هل يمكنك أن تصف لي ما حدث، ما هي المواقف التي حدث فيها ذلك؟"مثل هذه الأسئلة تتيح للمريض حرية التعبير عما يجول في نفسه، وما يعانيه، لذلك يكثر طرحه للمعلومات، والحقائق، من هنا يظهر وكأنه أكثر فعالية مما في النمط السابق من العلاقة. ويميل الأطباء في هذا النوع من العلاقة إلى تجنب أي تجاهل لما يقوله المريض، بل يجب إعطاؤه الفرصة لأن يشارك في اتخاذ القرارات.

تعتمد علاقة الطبيب/المريض على قدرة الاثنين على التواصل مع الآخر، ولكن الأطباء أحياناً، تنخفض لديهم درجة التواصل الفعال، لتأخذ طابعاً مهنياً طبياً محضاً، حيث يطغى على العلاقة والتواصل المصطلحات الفنية الطبية jargon التي تصدر عن الطبيب. مثلاً، حين يقول الطبيب لمرضاه الذين يعانون من ارتفاع الضغط: "يجب عليك التقليل من تناول الصوديوم"، فهذه عبارة/نصيحة طبية واضحة ومحددة جداً، ولكن السؤال هو: "هل فهم المريض ما تعني. فبعض الناس لا يعرفون بالضبط ماذا يعني الصوديوم، وبعضهم الآخر لا يملك فكرة واضحة عنها، وبعضهم يعرف أنها مجرد "ملح الطعام". لقد أظهرت نتائج الدراسات أن المرضى، وخاصة من ذوي الطبقات الاجتماعية الدنيا، يفشلون في فهم الكثير من المصطلحات والمفاهيم الطبية التي تصدر عن الطبيب مثل: المخاط mucus (مادة لزجة تفرزها بعض أجزاء الجسم، كالأنف)، التأتأة، الجلوكوز glucose.

إن استعمال الطبيب للمصطلحات الطبية الفنية المتخصصة قد يكون مفيداً من أجل الدقة في التواصل بين الاختصاصين والمهنيين، ولكن الأطباء الذين يستعملون المصطلحات والمفاهيم الطبية الفنية حين يتحدثون عن الأمراض، بدون أن يشرحوا معناها أو تفسيرها لمرضاهم، وبدون أن يتأكدوا من أنهم قد فهموها، ستخلق حالة من الارتباط والتشويش الذهني لدى هؤلاء المرضى، وقد يسيطر عليهم حالة من عدم الاقتناع بها، وعدم الرضا.

لماذا يستخدم الأطباء مصطلحات طبية متخصصة حين يعلمون بأن مرضاهم لم يفهموها؟ هنا عدة أسباب تقف وراء ذلك، الأول هو أن الأطباء يستعملون هذه المصطلحات والمفاهيم الطبية بحكم العادة، فقد اعتادوا على استعمالها والحديث بها فترات طويلة داخل العيادة وحتى خارجها، مما يجعله ينسى أنه يتفوه بها باستمرار، وحتى مع الأشخاص العاديين غير المتخصصين، والسبب الثاني هو أن قناعة بعض الأطباء بأن المريض "لا يحتاج إلى أن يعرف" معنى هذه المفاهيم الطبية، لأن الغاية النهائية من كل ذلك، هو الاستفادة التي سيجنيها المريض، ونتيجة المعالجة.

لماذا يكون من المفيد استعمال مصطلحات فنية /طبية متخصصة من قبل الطبيب أثناء لقائه بالمريض؟ للإجابة على هذا السؤال، نقول بأن الطبيب ربما يرى أنه من الأفضل أن يستعمل مصطلحات متخصصة لايعرفها المريض، لأنه لا يريد منه أن يعرف حقيقة المرض الذي يعانيه، والمعالجة التي تتمخض عنها،من جهة ثانية فإن معرفة المريض، ربما تخلق لديه حالة من التوتر والضغط النفسي التي تعيق عملية العلاج (Lave,1989).

إن سلوك الطبيب ونمط العلاقة التي يتبعها مع المريض/الزبون، لها تطبيقات وآثار هامة لكل من الأطباء والمرضى على حد سواء. فقد أظهرت نتيجة بعض الدراسات أن الناس الذين يميلون لإظهار الرضا والقناعة التامة بأطبائهم المعالجين، لأنهم يتركون لهم حرية التعبير، والمناقشة، ويصغون لهم جيداً، يتيحون لهم المشاركة في وضع الخطة العلاجية واتخاذ القرارات، أكثر من المرضى الذين لا يعبرون عن هذه القناعة والرضا بأطبائهم. ويمكن القول بأن قناعة المريض ورضاه عن طبيبه، ربما يترجم إلى سلوكيات عملية بالنسبة للالتزام بالمواعيد، والتقيد بالخطة العلاجية والدوائية.

وتبرز أهمية نمط العلاقة التي يتبعها الطبيب مع مرضاه (العلاقة المتمركزة على الطبيب، أم المتمركزة على المريض، التي سبق ذكرها) في عملية تشخيص المرض، وفي المعلومات التشخيصية التي يحصل عليها الطبيب. فقد تبين أن الأطباء المعالجين يختلفون فيما بينهم بدرجة كبيرة من حيث قدرتهم على حث المريض لإظهار أكبر قدر ممكن من العلامات التشخيصية الدالة على المرض، والحصول على تفصيلات مهمة بهذا الشأن. فمن المعروف أن الطبيب الذي يتبنى نمط العلاقة المتمركزة على المريض/الزبون، سيقدم له أسئلة مفتوحة النهاية، وتحتاج الإجابة عنها إلى كمية كبيرة من المعلومات، مما يتيح للمريض حرية التعبير وطرح اكبر قدر من هذه المعلومات التي تتضمن دلالات تشخيصية هامة، تساعد الطبيب في التشخيص والمعالجة.

### 3. سلوك المريض ونمط شخصيته:

على الرغم من أن سلوك الطبيب المعالج ونمط شخصيته، أو العلاقة التي يتبناها في تواصله مع المريض، ذات أهمية كبيرة في العملية التشخيصية والعلاجية خاصة، وفي العلاقة بينهما عامة، إلا أن سلوك المريض/الزبون ونمط شخصيته هي الأخرى من العوامل المؤثرة في العلاقة وفي تشخيص المرض وعلاجه. فقد يصدر عن المريض سلوكيات مزعجة، وتثير التوتر لدى الطبيب المعالج/أو مقدم الرعاية، من هذه السلوكيات:

- أن ينتقد المريض طبيبه انتقاداً حاداً أو يغضب عليه.
- أن يتجاهله، ويتجنب الانتباه إليه أثناء الحديث.
- تصميم المريض على إجراء تحاليلي مخبرية أو فحوصات يرى الطبيب أنه لا داعي لها.
- إظهار بعض علامات الغزل، أو العاطفة التي تعيق العملية العلاجية.

فإذا صدرت مثل هذه السلوكيات عن المريض أثناء العلاقة، فإن آثارها ستطال الشخصين معاً، بنفس الدرجة التي ستطال فيها تقديم الخدمات الصحية. من جهة ثانية فإن بعض الممارسات السيئة التي تصدر عن المريض، ربما تؤثر في ثقة الطبيب بنفسه وبخبرته الطبية، وأحياناً بالمهنة كلها. فمثل هذه الممارسات أو التصرفات، ربما تثير الضغط، والتوتر لدى الطبيب، وقد تثير غيظه، وانزعاجه، مما ينعكس سلباً على العلاقة المهنية.

فهل يمكن أن يصدر عن المرضى تصرفات تسيء للعلاقة بينه وبين الطبيب/أو مقدم الخدمة أثناء التواصل؟، الإجابة على هذا السؤال هي "نعم"، فربما لا يظهر المرضى أية علامة على التوتر أو الضيق الذي يشعرون به حول ظروف الفحص والمعالجة، وشروط إجراءها. وقد يصف المرضى الأعراض التي يخبروها بطريقة تسيء إلى التواصل وتضعفه، مثلاً، مرضتان تعاني كلاً منهما من مرض في الرؤية هو "بعد النظر"، ويسأل الطبيب السؤال التالي" ما الذي يضايقك

ويريكك؟"إحداهما، فتقول: "إنني لا أرى الإبرة، أو الورقة البيضاء"، بينما تجيب الثانية" إنني أعاني من الصداع، ويبدو أن عيناي محمرتان وتدمعان"، من هاتين الإجابتين نرى أن كلا منهما قد تصرفت بطريقة مختلفة، بحيث أن كل واحدة ركزت على جانب معين فيما يتعلق بمشكلتها، ومع ذلك فإن أياً من الإجابتين لم تكن ذات صلة وثيقة بسؤال الطبيب.

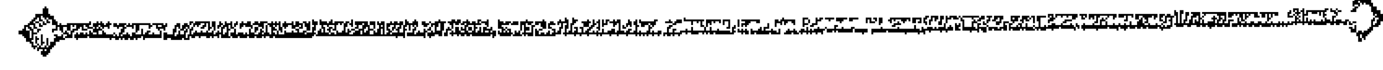
لماذا يصف المرضى الذين يعانون من نفس المشكلة الصحية (الأعراض) بطريقة مختلفة؟ أحد الأسباب وراء ذلك يتعلق بالطريقة التي يدرك فيها المريض الأعراض التي يعانيها، وبالطريقة التي يفسرها فيها ويقيمها، فالناس يختلفون فيما بينهم من حيث درجة الانتباه، والتركيز على الحالات والمشاعر التي يتعرضون لها، وصلة ذلك كله بما يعانونه من أعراض مرتبطة بالمشكلة الصحية. والسبب الثاني، هو أن الناس يختلفون فيما بينهم من حيث الخلفيات الفكرية، والحس العام، وطريقة النظر على المرض. فحين يطرحون الأعراض التي يعانونها ويصرحون بها أمام الطبيب المعالج، فقد يركزون على ما يعتقدون أنه هو المهم، وذلك استناداً إلى رؤيتهم ونظرتهم للأعراض المرضية. والسبب الثالث، هو أن المرضى ربما يحولون التأكيد على العرض/الأعراض التي يعتقد بأنها هي التي تعكس نوع المرض، والحالة التي يعانيها. فقد يتحدث كثيراً عن عرض معين يعتقد بأنه هو المؤشر الوحيد على خطورة المرض الذي يعانيه. ومن المعروف أن الذي يعاني من "توهم المرض" يحاول أن يبعد انتباه الطبيب عن الأعراض الحسية التي يعاني القلق حيالها، بينما يركز بعضهم الآخر على أعراض القلق التي يعانوها بشكل أساسي.

هناك الكثير من الإجراءات التي يمكن اتباعها من أجل تحسين عملية التواصل وتفعيلها بين الطبيب والمريض. فمهارات المقابلة لدى الطبيب يمكن تحسينها وتفعيلها من خلال برامج تدريبية يمكن أن يخضع لها الطبيب ويتعلم فيها كيف، ومتى يحصل على المعلومات أو يختصرها، وكيف ومتى يطرح الأسئلة، وأنواعها، وكيف يتأكد من صحة أو دقة المعلومات التي يطرحها المريض. لقد تبين أن أبسط طريقة يمكن اتباعها لتحسين التواصل وتفعيله بين المريض والطبيب هي

التالية: بينما ينتظر المريض لحين موعد الدخول إلى العيادة أو الزيارة، يمكن يضع قائمة بالأسئلة التي يرى أن عليه أن يطرحها على الطبيب حين يقابله ويراه .(Schwankovsky,1990& Nanni, &Thompson,)

ومن الأشياء التي يجب أن تبقى في الأذهان حول تفعيل أو تطوير علاقة الطبيب بالمريض، هي أن الطبيب لا يتلقى تغذية راجعة (معلومات مرتدة) تبين له نتيجة عمله، أو الإيجابيات والسلبيات في سلوكه. ومع أن المريض يزور طبيبه عدة مرات وخاصة حين تتكرر الأعراض، أو يكون المرض خطيراً أو متأزماً، فإنه الطبيب يبقى غير متأكداً من أن مريضه قد عبر عن دقة التشخيص وفعالية المعالجة التي قدمها له. يظل الأطباء غير متأكدين من أن المريض سيواظب على خطة المعالجة بانتظام كما وضعها له وأوصاه باتباعها.

# الفصل السابع



## العلاج والإرشاد النفسي لمرضى الجسم



# الفصل السابع

# العلاج والإرشاد النفسي لمرضى الجسم

- أولاً: دور المعالج النفسي: قضايا نظرية مهنية.
- ثانياً: قضايا سيكوديناميـة.
- ثالثاً: الشخصية والأمراض الجسمية.

# الفصل السابع
# العلاج والإرشاد النفسي لمرضى الجسم

## أولاً: دور المعالج النفسي: قضايا نظرية مهنية.

تحدث المشكلات الجسمية والنفسية متزامنة مع بعضها البعض، وبالتالي فإن العلاقة المهنية الوثيقة بين الطبيب والمعالج النفسي ذات أهمية خاصة، كما أنها ضرورية لتحسين الخدمات الطبية. فالعديد من الأطباء يفترضون أن المشكلات الانفعالية للمريض – ومن ضمنها الألم، هي ببساطة جزءاً من الحالة والعملية، ويظهر ذلك من خلال العمل الجراحي حين تصدر عبارات تقول "يارب ساعدهم" والتي تعني مساعدتهم في التخلص من الألم. وعادة لا يشخص الطبيب الأمراض السيكياترية (الطب نفسية) التي يواجهها لدى المريض، ولكنه بالمقابل يحاول تفسير المشكلات الانفعالية التي قد يعانيها مرضى الجسم، كما يقوم بإجراءات عامة للتعامل معها بدلاً من إحالتها إلى مختصين بالعلاج النفسي. فالأمراض العقلية التي قد تظهر لدى مرضاه يقوم بإحالتها إلى اختصاصي العلاج النفسي، ولكنه يحاول المساعدة في التعامل مع المشكلات النفسية الخفيفة. من جهة ثاني هناك مشكلات نفسية شديدة ومتنوعة تحدث لدى المرضى المصابين بالأمراض المميتة مثل أمراض القلب والسرطان، والإيدز، فهذه الحالات يتعاون فيها المعالج النفسي ضمن فريق متكامل في العلاج. إن إحالة المرضى الجسميين إلى مختصين بالعلاج النفسي، ولو لفترة وجيزة، يكون لها تأثيراً مهماً وفعالاً في برامج الخدمات الصحية التي تقدم للمرضى.

### 1) الاستشارات النفسية داخل المستشفى:

قد يحال للمعالج النفسي حالات تعاني من مرض جسمي ودخلت المستشفى لأسباب مختلفة، وهي بحاجة إلى استشارة نفسية متخصصة أو تقييماً للشخصية والسلوك. ومع أن المعالجين النفسيين قد ينظرون إلى أنفسهم على أنهم بمثابة دعم ومصدر مساندة انفعالية للمرضى، فإنهم قد لا يتقبلون مثل هذه

الحالات بسهولة ويسر، لأسباب متعددة أهمها أنهم لم يحصلوا على معلومات شاملة عن حالة المريض، وثانيها أنهم بحاجة إلى إذن رسمي لتقديم استشاراتهم. وبالمقابل فإن الطبيب نفسه قد لا يكون مطمئناً إلى الدور الذي سيقوم به المعالج النفسي، وربما يتعلق الأمر بمعتقداته عن العلاج النفسي والاستشارة النفسية.

إن الدور الذي يلعبه المعالج النفسي يتعلق على المؤهلات التي يحملها، وعلى وضعه أو مكانته في المستشفى : فهل هو عضو ضمن فريق المعالجة ؟ وهل تنظيم المستشفى يتيح تقديم مثل هذه الاستشارات النفسية؟ وهل فريق المعالجة يتقبل المعالج النفسي؟ فإذا كان أعضاء المستشفى متخصصون ويعملون كفريق مع كل حالة من الحالات سيتاح للمعالج النفسي ملاحظة المريض بانتظام ودراسة حالته النفسية وتتبعها جنباً إلى جنب مع العلاج الطبي والجراحي.

2) الإحالة إلى الأطباء:

تتطلب بعض الحالات السيكياترية، والتي تعاني من اضطرابات سلوكية وانفعالية إحالة إلى الأطباء المختصين داخل المستشفى، ومن أبرز الاضطرابات النفسية التي يعانيها المرضى توهم المرض hypochondriasis. وبعض هؤلاء المرضى قد لا يتقبلون عملية إحالتهم إلى الطبيب في المستشفى لإجراء فحوص طبية جسمية لهم، وقد تسيطر عليهم آلية النكران denial وإذا لاحظ المعالج النفسي أن حالة المريض الجسمية الذي يعاني من توهم المرض خطيرة، عليه أن يعرفه بالمخاطر الناتجة ويوضح به ضرورة مثل هذه الإحالة لإجراء الفحوص الطبية اللازمة. من جهة ثانية فإن بعض الأطباء قد يكونوا حذرين في التطرق للحياة الشخصية والنفسية للمريض، ويشعرون بأنهم يتدخلون في جوانب خاصة من حياة المرضى مما تعامل معها المعالج النفسي، وقد يشعر بعضهم بأن مثل هذه المعلومات ليست مفيدة في العلاج الطبي والدوائي الذي يطبقونه عليهم.

ثانياً: قضايا سيكودينامية:

1- ميكانزمات الدفاع :

هناك فرق بين مفهومي: التعامل أو المواجهة coping وآليات أو ميكانزمات الدفاع defense mechanism. بالرغم من أن المفهومين يشيران إلى سلوكيات حماية ودفاع عند الفرد، ويحققان إشباعاً لحاجات لديه، إلا أن هناك بعض الفروق بينهما. فاستجابات التعامل (المواجهة والتصدي) هي سلوكيات مرنة flexible وتكيفية adaptive وهي تحت متناول الشعور أو الوعي، فهي شعورية conscious، إنها تحت مستوى التحكم الإرادي الواعي للفرد، وهي أكثر فعالية وكفاءة. بالمقابل فإن آليات الدفاع أقل مرونة وأكثر تصلباً وجموداً rigid، وغالباً تكون غير تكيفية unadaptive، وهي في مستوى اللاشعور أي أنها لاشعورية وغير خاضعة للتحكم الإرادي الواعي للفرد. ومع أنها تساعد الفرد على الأداء السلوكي الوظيفي، إلا أنها محدودة، وتتبع طريقة غير مرنة في أداء وظيفتها .ومن آليات الدفاع النفسية: الكبت، والكظم، والإسقاط، والنكوص، والتماهي أو التقمص، وأحلام اليقظة، والرد المعاكس، والسلبية، والإبدال أو الإزاحة.

إن كل مريض من مرضى الجسم والأعضاء يمر بموقف من المواقف التي يستخدم فيها آليات الدفاع النفسية وخاصة انه يقع تحت تأثير ضغوط نفسية ومخاوف.وقد تتدهور آليات الدفاع وتفشل في مساعدة المريض على مواجهة مرضه، مما يضعه في موقف العاجز والفاشل في التعامل مع المرض ومع موقف حياته اليومية. وفي بعض الأحيان، تكون آليات الدفاع التي اعتاد الشخص اتباعها في الظروف العادية مثل النكران والتجنب، قد تصبح أكثر جموداً في مساعدته على التعامل مع الموقف الحالي كما هو الحال حين يصاب بمرض جسمي معين. من هنا فإن آليات الدفاع التي نجحت في تحقيق التكيف في ظروف عادية قد تفشل في مساعدته حين يمرض.

1- 1 – الكبت: يمنع الكبت وعي الفرد من فهم أفكاره المضطربة، وانفعالاته الحقيقية. إنها تصد الفرد عن التعامل مع الأفكار والمشاعر الحقيقية التي يمر بها، وقد تكون هذه المشاعر والأفكار فرح وسرور أو ذكريات ومخاوف منذ الطفولة، ولكنها تبقى مكبوتة في اللاشعور . وحين يصبح الشخص مريضاً فإن هذه المشاعر والذكريات المكبوتة (مثل الاتكالية، أو الإهمال والرفض) قد تظهر وتطفو على السطح.

حين يحدث المرض، وتطور فترة المعالجة مع الزمن، أو حين تستغرق عملية العلاج زمناً طويلاً، فقد يشعر الأطباء بالفشل، كما يحالون رفض مشاعر المريض السلبية ونكرانها .وقد يفترض الطبيب أن التعايش مع المرض ومعالجته ربما يزيد من فهم المريض وقوته. في الواقع، ربما يخفض الطبيب من مخاوف مريضه، أو على العكس قد يولد لديه مخاوف جديدة. فإجراء عملية جراحية للمرة الثالثة، ربما يجعل المريض أكثر قلقاً من المرات السابقة "الآن أعرف لماذا أنا قلق ومهموم" أو "كنت محظوظاً في المرتين السابقتين، ولكن الحظ سيفارقني الآن".

1- 2– النكران والانسحاب: يعتبر النكران بمثابة عجز سيكولوجي ورفض لقبول واقع ما يحدث، وهو آلية دفاع شائعة في مواجهة الأمراض الجسمية والإعاقة. ومع أن الشخص العقلاني يعرف ما حدث، إلا أن المخاطر والتعقيدات يتم تجاهلها أو اختزالها إلى حدودها الدنيا . فالنكران قد يظهر وكأنه نقل أو إزالة للموضوعات والأحداث من اللاشعور، وتجنب بقائها تحت هذه الشروط، وقد يأخذ شكل الرفض الشعوري أو اللاشعوري لتقبل الممنوعات والتقييدات التي يواجهها: فمريض القلب مثلاً يبدأ بالتدخين بشراهة مرة ثانية، وبعد مدة وجيزة جداً من إجراء العمل الجراحي. إن الحاجة لبلوغ الشفاء من المرض الخطير ومعالجته قد تقود المرضى إلى النكران أو عدم رد الفعل حين يحدث شيء خاطئ . فمرضى القلب قد يتجاهلون مشكلات البصر والرؤية التي ترافق المرض، حتى تظهر أمراض خطيرة في الرؤية كضعف البصر أو العمى. ففي مثل هذه الحالات لا يخدم النكران كوظيفة دفاعية وحماية للذات، ولكنه على العكس من ذلك، يزيد من مشكلات المريض وتعقد حالته. فقد أظهرت بعض

الدراسات الطولية التتبعية على مرضى القلب التاجي أن النكران يكون مفيداً ومساعداً في المراحل الأولى للمرض، ولكنه ليس كذلك في المراحل التالية والمتأخرة. وهناك قضية أخرى وهي طريقة الطبيب في مساعدته للمرض، حيث يتساءل الطبيب المعالج عن أفضل طريقة يساعد فيها مريضه في مواجهة حقيقة المرض واتخاذ القرار المناسب بذلك. فإذا استمر الطبيب والأسرة في مجاراة المريض واتفاقهم معه على نكران حقيقة المرض، فقد يصبح المريض أكثر خوفاً وقلقاً، مما يزيد من مشكلاته الصحية. ومن الآثار السلبية الأخرى للنكران، أن طول فترة استخدام هذه الآلية مع الزمن، يعيق الأداء الوظيفي التكيفي للمريض، بحيث يضعف جهاز المناعة لديه. وقد تبين أن النساء المصابات بالسرطان، واللواتي تقبلن حقيقة حالتهن وتشخيصها، ولكنهن رفضن الضيق والتوتر والقلق الانفعالي المرافق، قد اضعف لديهن الخلايا الدفاعية في جهاز المناعة، وكن أسرع في الموت.

1– 3 – العقلنة أو التبرير: هي آلية دفاعية أخرى لعزل المشاعر عن الأفكار ونظام التفكير لدى الشخص، حيث يكون التركيز على المنطق والمعرفة. إنها محاولة للتحكم في الموقف حين يشعر الفرد بأنه غير قادر على السيطرة على الموقف أو المرض والتحكم به، فيوجد مبررات منطقية تخفف عنه مشاعر الضيق واللوم. من هنا يعتبر التبرير طريقة للتعامل مع الموقف الذي لايخضع سيطرة المريض وضبطه، فنراه يلجأ لمطالعة الكتب، أو قراءة مقالات عن المرض، وقد يسال أسئلة في محاولة منه لفهم طبيعة المرض وسياقه، وتطوره ومآله.

1– 4 – النكوص: حين يعاني المريض من مرض خطير، فإنه يسلك سلوكاً نكوصياً يرجع فيه إلى مرحلة نمو سابقة كان قد مر بها في حياته، كأن يبكي أو يطلب مساعدة. وحين يشعر بأنه عاجز عن التعامل مع الموقف فإنه يتصرف من خلال إتباع سلوكيات طفلية، ويمكن لهذه الآلية أن تشبع حاجاته الحالية وترضيها، ولكنه يدافع ويجاهد ضد المرض وسوء التنظيم الذي يعانيه. وإذا استمرت سلوكيات النكوص لديه لفترة طويلة، فقد يتسبب ذلك في إيجاد حالة من الضيق والكدر الشديد، بل والإنهاك الذي يطال المريض، وأسرته، وغيرها من القائمين على رعايته.

1– 5 – عزل أو إزاحة المشاعر والانفعالات: يفيد عزل المشاعر أو إزاحة الانفعالات بحيث يتم تجزئتها وإبعادها عن سياق التفكير، وبذلك تصبح مستقلة عن منظومة التفكير لدى المريض. فقد تأخذ تظهر من خلال النقاش المستمر حول المرض، أو طرح أسئلة متنوعة عن سيره مما يؤثر في تكيف المريض وعائلته . ومثل هذه السلوكيات ربما تسيء إلى التكيف الجيد والحسن. تجدر الإشارة إلى أن بعض الأطباء وفريق التمريض قد يرون في هذه السلوكيات جوانب ايجابية يتم تفضيلها لأنها تسهل التعامل مع المريض. ولكن بالمقابل، فإن التوتر، والضيق، والإنهاك الشديد، يعيق عمل هذه الآلية الدفاعية عن أداء وظيفتها، وتصبح غير فعالة.

1 – 6 – المقاومة: يقاوم المرضى والمصابين بأمراض مزمنة المعالجة، وقد لا يواظبون أو يدفعون تكاليف المعالجة، حيث يبخلون على أنفسهم في العلاج ودفع تكاليفها. إنهم ينكرون حالاتهم المرضية، أو يستمرون في استعمالها لمواجهة مشكلاتهم الانفعالية التي يعيشونها. ونتيجة لذلك يرتبط القلق بالمرض وقد يقاومون الدخول في المعالجة النفسية "أريد مزيداً من القوة العاطفية، يمكن السيطرة، لا أعرف ما إذا كنت قادراً على التعامل مع الموقف". إن مقاومة المعالجة قضية مهمة تواجه الفريق الطبي أيضاً. فالمقاومة تعيق المريض من تناول الدواء، والانتظام في المعالجة، حيث نرى المريض غير مطاوع ولا ينفذ التعليمات الطبية. من جهة ثانية، يمكن للمقاومة أن تكون كالنكوص والسلبية، طريقة لجذب انتباه الآخرين، وطلب انتباههم، ومساعدتهم.

1 – 7 – الطرح أو النقل: نظرياً، يعتبر الطرح بمثابة نزعة ينقل (يطرح) فيها الشخص مشاعر وانفعالات يشعر بها حيال والديه (أو من يقوم مقامهما) نحو أشخاص آخرين مهمين في حياته، وقد يكون هذا الشخص هو الطبيب المعالج نفسه حيث يصبح موضع نقل ومحط مشاعر المريض.فإذا كانت الحاجات والدوافع والذكريات المكبوتة منذ الطفولة قد خرجت، فإن علاقة جديدة قد تتشكل.

2- الطرح والمعالج النفسي: من الأدوار المهمة التي يقوم بها المعالج أثناء معالجة المرضى، مساعدتهم على فهم الطريقة التي تؤثر فيها أفكارهم ومشاعرهم بأفكار ومشاعر الآخرين، وكيف تتأثر بها أيضاً. فالعلاقة مع الآخرين مهمة جداً حين يصبح الشخص مريضاً، لأن العلاقات الشخصية والتبادلية مع الآخرين تتغير مع حدوث المرض الجسمي. فالشخص الاتكالي قد يصبح أكثر اتكالية على أصدقائه أو زوجه، أو أطفاله، أو على المختصين أنفسهم من أطباء، ومعالجين نفسيين، وممرضين.وقد تنشأ بعض الصراعات أثناء تقديم خدمات الرعاية، وخاصة حين يكون لدى المريض رغبة قوية في الاستقلالية وإحساس قوي بالذات. قبل المرض، قد يحدث مستوى جيد من التوافق والانسجام، ولكن بعد المرض قد تنشأ العديد من القضايا التي تحتاج إلى حل، وتطفو على السطح العديد من المعضلات، فمن يملك القوة؟ ومن يضع المتطلبات؟ ومن هو الشخص الذي يكون في مركز الاهتمام، وبؤرة الانتباه؟ وحالما يتم التعامل مع مقاومة المريض للعلاج النفسي،، يصبح المريض أكثر اتكالية على معالجه، ويحتاج لمزيد من الفهم،، والإصغاء، وأحياناً طريقة "غير معروفة" أو جديدة لمساعدته. فليس من المستغرب أن يقابل المعالج مريضه وهو يسيطر عليه حاجاته ودوافعه اللاشعورية نحو أمه، وتظهر عملية الطرح هذه بقوة، خاصة مع المرضى الجسميين أو الذين يعانون من أمراض عضوية، لأن المريض يمر بأزمة فشلت في مواجهتها مختلف آليات الدفاع النفسية. فالغضب، والمثالية، والاتكالية، تمثل عينة من مؤشرات الطرح التي تظهر خلال العلاقة العلاجية.والعمل مع نماذج المقاومة هذه قد يتطلب تغييراً في الأدوار، أو استدعاء أشخاص آخرين إلى بيئة المريض ومجاله الحيوي.

3- الطرح والفريق الطبي: العلاقة الخاصة للمريض مع أطبائه وممرضيه يمكن أن تنشئ صراعات تتعلق بموضوع الاتكالية والعلاقة مع الإدارة أو ممثلي السلطة في المستشفى. فالطبيب الذي يقضي وقتاً مع المريض والذي يسعى لمعرفة المريض شخصياً قد يشعر بنوع من الدفء والرعاية وحين يحيل الطبيب مريضه إلى العلاج النفسي، فإن المشاعر التي يتم طرحها ونقلها تكون عادة سلبية. وقد يسيء المريض تفسير إحالته إلى المعالجة النفسية، مما يضعف ثقته بالطبيب الذي أحاله، وأنه غير قادر على التعامل مع حالته.

على المعالج أن ينفتح على مريضه بحيث يسمع منه مايقوله، ويعرف مشاعره، وهذا مايدفعه للاعتقاد بان الطبيب مهتم به وبمشكلاته. ومن المهم أن يتعرف على الأسباب التي تقف خلف عملية الطرح أو غيرها من آليات الدفاع النفسية.

## ثالثاً: الشخصية والأمراض الجسمية:

### 1- نمط الشخصية والتكيف مع المرض العضوي أو الجسمي:

استناداً إلى نمط الشخصية، تظهر لدى الناس أمراض جسمية معينة، كما يتبعون أساليب تكيف وتعامل مختلفة باختلاف هذه الأنماط.

### 1- 1 – المريض ذو الشخصية الحدية borderline:

المرضى الذين يتصفون بصفات الشخصية الحدية يظهرون العديد من المشكلات التي تتعلق بطريقة تدبر المرض ومعالجته.فيظهر لدى هؤلاء المرضى الاندفاعية، وسلوكيات غير متوقعة تتراوح بين المثالية وبين تبخيس الآخرين. قد يظهر هؤلاء وكأنهم أسوياء في بعض الأحيان، ولكن مزاجهم يتحول من الهدوء والاستقرار إلى التهيج والاستثارة، من هنا تظهر لديهم أعراض القلق، والاكتئاب، والعصبية.

إن المرضى المصابون بأمراض عضوية ويتصفون بالشخصية الحدية، يعانون من صراع بين الرغبة في تكوين علاقة وبين تهديد التجاهل والإهمال. وبغض النظر عن الحاجة للدعم والمساندة، فإن هؤلاء المرضى يعرفون كيف يرفضون تعليمات الطبيب وتوجيهاته. إنهم يدخلون المعالجة وفقاً لأجندتهم وبرنامجهم الخاص في الشفاء.

خلال فترة المعالجة، قد يظهر هؤلاء المرضى أفكاراً انتحارية، ويتردد دخولهم على غرفة الطوارئ، من هنا تظهر لديهم مشاعر الغضب والإحباط تجاه الفريق الطبي الذي يرعاهم. أما بالنسبة للجلسات العلاجية الأولى، فيظهر لدى هؤلاء المرضى آلية النكران ورفض المعالجة، إضافة إلى الكآبة، والاتكالية الزائدة، كما يقاومون الكثير من الموضوعات والإجراءات اللازمة للمعالجة. مثل هؤلاء المرضى كثيرو الطلبات، وسريعو الغضب، حيث يظهرون مشاعر العداء تجاه الفريق الطبي عامة وطبيبهم المعالج خاصة. أما بالنسبة للمعالجة، فمن المتوقع أن تطول فترة معالجة المرضى الذين يحملون صفات الشخصية الحدية، وفي أحيان أخرى يتطلب علاجهم النفسي سنة على الأقل حتى يصبح بالإمكان تطبيق خطة العلاج الطبي لمرضهم الجسمي.

1– 2 – المريض ذو الشخصية الوسواسية القهرية obsessive – compulsive:

المرضى الذين يتصفون بالشخصية الوسواسية القهرية، يهتمون كثيراً بالتفاصيل، والانشغال بأمور تتصل بالقواعد والأنظمة، والرتابة،لأنهم يسعون نحو المثالية والكمال. من هنا يواجهون صعوبات كبيرة في اتخاذ القرارات. إن فقدان القدرة على السيطرة والتحكم يمثل أكبر تهديد نفسي للمرضى الذين يتصفون بهذه الصفات الشخصية. فهؤلاء المرضى عرضة للإحباط، والقلق حين تسير الأمور على غير مايجب، أو حين يحدث بعض التغيير في روتين حياتهم اليومية. وتكون استجابتهم لمثل هذه التغيرات، القيام بسلوكيات متصلبة، كما يسعون كثيراً للحصول على مزيد من المعلومات عن حالتهم المرضية وأعضائهم الجسمية. ويحتاج هؤلاء عادة غلى إشراف قليل .

1– 3 – المريض ذو الشخصية الهسترية:

تتصف هذه الشخصية بالمبالغة في التعبير عن الانفعالات وردود الفعل المبالغ فيها تجاه الأحداث الصغيرة، كما يتصفون بالحاجة المتزايدة لجذب انتباه الآخرين واهتمامهم. مثل هؤلاء المرضى يتصفون بالاتكالية، ويشبهون الشخصية

الحدية من حيث ظهور بعض الأفكار والمحاولات الانتحارية. إن المريض الذي يتصف بهذه الشخصية يعتبر المرض الجسمي الذي يتعرض له بمثابة تهديد للذكورة والأنوثة. فهو شخصية درامية تمثيلية. وتهدف المعالجة النفسية إلى إعادة طمأنته، وتقديم الدعم اللازم الذي يرفع من مستوى جاذبيته وقوته البدنية.

1– 4 – المريض ذو الشخصية النرجسية:

يتصف المريض النرجسي بالإحساس بالعظمة وأهمية الذات، وتضخيم الانجازات والانشغال بأحلام اليقظة المتعلقة بالنجاح والتفوق والطموح. مثل هؤلاء المرضى لايتعاطفون مع الآخرين، كما يحسدون من يتصورون أنهم أحسن منهم. إنهم يشعرون بالخجل حين لايتلقون التقدير اللازم. من جهة أخرى فإن المريض الذي يحمل هذه الصفات يسعى لأن يكون شعبياً ومعروفاً، ولكن ليس لديه إلا القليل جداً من التعاطف مع الغير، من هنا نلاحظ التعاطف الوجداني لديه ضعيفاً.يعتبر المريض أن مرضه الجسمي هو تهديد لصورة الذات. أما الذين يتعرضون لبعض أشكال العجز أو الإعاقة، فتختل صورة الجسم لديهم مما يجعلهم في مواجهة صعوبات كبيرة، ولذلك فإن التدخل العلاجي يهدف إلى رفع مستوى تقدير الذات وصورة الجسم.

1– 5 – المريض صاحب الشخصية الفصامية:

تتصف الشخصية الفصامية بالعزلة وعدم التواصل مع الآخرين، وتفضل الأنشطة الفردية، وصعوبة التعبير عن المشاعر لدرجة المبالاة. لدى المريض الذي يتصف بهذه الصفات خيال جامح، ونادراً مايتزوج. المريض الجسمي الذي ينتمي لهذه الشخصية كثيراً مايستخدم النكران كآلية دفاعية، ويتبع الانسحاب ليحقق مسافة حيوية مريحة له تبعده عن الآخرين. وتهدف المعالجة إلى احترام رغبات هذا المريض، وبنفس الوقت مساعدته على تنفيذ المتطلبات الطبية والخطة العلاجية.

1– 5 – المريض ذو الشخصية الزورية (البارانوية):

تتسم هذه الشخصية بالشك والريبة وسوء الظن بالآخرين، وسوء تفسير الأفعال الصادرة عنهم حتى المقربون، وتسيطر على الشخص الغيرة المرضية، ويرى أفعال الآخرين على أنها عدائية، وأن هناك مؤامرات تحاك ضده. ويظهر لدى الشخص مشاعر الاضطهاد وأنه معاقب على أفعال معينة سبق وارتكبها. من هنا يتردد على لسانه عبارات " أنا مظلوم"، ويحمل ذكريات سيئة عن المحيطين به. ومن سمات هذه الشخصية: تضخيم الأمور، والاستثارة.

1– 6 – المريض صاحب الشخصية المراقية (توهم المرض):

لقد تبين أن 30٪– 50٪ من المترددين على العيادات الطبية، لا يعانون من مرض جسمي معين، وأن 25٪ – 40٪ من المرضى الذين يدخلون المستشفيات لا يعانون من أمراض جسمية محددة. كما أن 5٪ من المرضى الذين لم يدخلوا المستشفيات إنما يعانون من توهم المرض، حيث تتحول الضغوط الانفعالية إلى شكاوي جسمية. والمرضى المصابون بتوهم المرض يبالغون في الاهتمام بحالتهم الصحية وأجسامهم.وتعتبر الأعراض القلبية، والتنفسية، والألم من أكثر الشكاوي التي تظهر لديهم. والكثير من هذه الشكاوي تكون غامضة وغير محددة تشبه الإحساسات الجسمية العادية التي تظهر لدى الأسوياء ويتجاهلها ولا يهتمون بها، ولكن هؤلاء المرضى يبالغون فيها حين تظهر لديهم. لقد تبين أن هؤلاء المرضى يستفيدون من الرعاية النفسية حين يتلقون الاهتمام الكافي، ويكونون موضع انتباه. تجدر الإشارة إلى أن بعض الأطباء يشخص العديد من الحالات الطبية على أنها مراقية (تعاني توهم المرض) حين يعجز عن تشخيص دقيق للحالة، وحين تكون ناتجة عن ضغوط نفسية يمر بها.

## 2- الحالات الانفعالية والمرض العضوي /الجسمي:

هناك علاقة تأثر وتأثير بين الحالة الانفعالية والمرض الجسمي. ويبحث علماء النفس والأطباء نوع وطبيعة العوامل النفسية والبيولوجية التي تسبب المرض العضوي، وتساعد في تطوره وتأزمه.ومن أبرز الحالات الانفعالية التي ترتبط بالأمراض الجسمية: الاكتئاب والقلق.

2-1- الاكتئاب: أظهرت دراسة قام بها زيرنيك وزملاؤه (Ziarnik,Freeman,Sherrad,Calyn,1977) أن المرضى المصابين بالكلي والذين ماتوا بعد سنة من إصابتهم كانوا يعانون من درجات مرتفعة من الاكتئاب، والقلق، والعجز، والانشغال المستمر بحالتهم البدنية. أما الذين عاشوا فترة أطول فقد كانوا يعانون من درجات منخفضة من الاكتئاب. ويبقى التساؤل الأساسي: هل ردود الفعل أو الحالات الانفعالية هي سبب المرض العضوي أم أنها نتيجة له؟

إن دور الاكتئاب في حدوث مرض السرطان وتطوره كان موضع اهتمام العديد من الأطباء. على الرغم من أن الدراسات الحديثة قد أظهرت أن الاكتئاب لايرتبط بتطور مرض السرطان، فقد أظهرت دراسة تتبعية طبق فيها مقياس منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية أنه من بين 10٪ من المرضى الذين تعرضوا للسرطان كان هناك 24٪ منهم قد حصلوا على درجات عالية من الاكتئاب ، بينما 18٪ منهم لم يحدث لديهم أي مرض. لقد أظهرت دراسة حديثة أن العلاقة بين الانفعالات والمرض العضوي أكثر تعقيداً مما يبدو للوهلة الأولى، كما أنها تعكس تدخل عوامل أخرى في هذه العلاقة.

2-2- القلق: لقد بحث روزنمان تأثير القلق على جهاز القلق وعمله، مما يوضح العلاقة بين الجسم والعقل. ومع أن هناك علاقة وثيقة بين القلق والأمراض العضوية /الجسمية مثل ارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب التاجية، والموت المفاجىء، فإن من الصعوبة بمكان – حتى الوقت الحاضر– أن نفصل بين السبب والنتيجة. فقد تبين أن هنا خللاً في عمل القلب ووظائفه لدى المصابين

بالقلق، وأن المرضى الذين يعانون من نوبات الهلع والخوف بما فيها القلق وألم الصدر والذين يعالجون على أنهم مرضى بالعصاب، يعانون من أمراض جسمية تقف خلف هذه الحالات الانفعالية. إن للغضب والعدوان آثار جسمية مباشرة ترتبط بالأمراض العضوية وخاصة أمراض القلب، وارتفاع الضغط الشرياني والصداع وغيرها .إن العلاقة بين أمراض القلب التاجية وبين نمط الشخصية (أ) قد بحثه رزنمان ورفاقه، حيث تبين أن أصحاب هذه الشخصية الذين يتصفون بالعدائية والتنافس، والشعور بضيق الوقت، وكثرة الأعمال وعدم التنظيم، تساعد على حدث أمراض القلب، وأن هذه الأمراض أكثر حدوثاً لدى هذه الفئة من الأشخاص.وبالمقابل فإن الأشخاص ذوي الشخصية (ب) الذين يتصفون بالهدوء، والتنظيم، والتحمل أقل عرضة لأمراض القلب.وقد تبين أن صفات الشخصية (أ) تظهر لدى الذكور والإناث العاملين والعاملات وربات البيوت، وأن ربات البيوت ذوي الشخصية (أ) قد اظهروا تكيفاً زواجياً ضعيفاً، وكانوا أكثر تعرضاً للضغوط النفسية، والمشكلات الصحية، وأكثر خوفاً من الفشل مقارنة بأصحاب الشخصية (ب). وقد استخدم الباحثون أدوات وأساليب تقييم متعددة للتعرف على نمط الشخصية المهيئة للإصابة بأمراض القلب، وتبين أن العلاقة بين نمط الشخصية (أ) وهذه الأمراض أكثر تعقيداً مما يبدو للوهلة الأولى. من جهة ثانية فإن التعرف على مكونات الشخصية التي تؤثر في الصحة وحدوث المرض، قد أظهرت أن العدائية (كسمة للشخصية ا) تعتبر منبئاً جيداً لحدوث نوبات القلب. وبغض النظر عن نتائج مختلف الدراسات حول هذا الموضوع، فإن هناك عدة تساؤلات تبقى بحاجة لإجابة: إلى أي درجة تسبب سمات الشخصية المرض الجسمي؟ وهل هناك أنماطاً معينة للشخصية أكثر ارتباطاً بأمراض جسمية وعضوية معينة؟ وهل هناك سمات عامة للشخصية أكثر عرضة للإصابة بالمرض الجسمي؟

# الفصل الثامن

## الضغط النفسي والتعامل معه في العمل الإرشادي



# الفصل الثامن

# الضغط النفسي والتعامل معه في العمل الإرشادي

- مقدمة.
- أولاً: خبرة الضغوط النفسية: (حياتنا والضغوط).
- ثانياً: تقييم الأحداث على أنها ضغط نفسي.
- ثالثاً: التعامل مع الضغط النفسي.
- رابعاً: خفض إمكانيات وقوع (ركاز) الضغط النفسي.
- خامساً: خفض ردود فعل الضغط النفسي.
- سادساً: تطبيق فنيات الإرشاد لتدبر الضغط وخفض مخاطر القلب.
- سابعاً: خلاصة.

# الفصل الثامن

# الضغط النفسي والتعامل معه في العمل الإرشادي

مقدمة:

يختلف الناس في طرق تعاملهم مع الضغوط النفسية التي يواجهونها، فبعضهم يواجه الموقف ويحاول دراسته واتخاذ تدابير حياله، بينما بعضهم الآخر يتهرب منه. إن هذه الأساليب في التعامل تترك آثارها على صحة الفرد وشخصيته. من هنا تظهر العديد من ردود الأفعال التي يوجدها الضغط وطريقة التعامل معه في الفرد. وحين يدوم الضغط فترات طويلة، قد يسعى الفرد في طلب العلاج الطبي، وحين تستمر الأعراض العضوية له، فقد يصبح مزمناً ، بحيث يعمل على الإصابة بأمراض خطيرة كأمراض القلب، والسرطان وغيرها.

سنتحدث في هذا الفصل عن الطرق والأساليب (الفنيات) التي يتبعها الناس مع الضغط، وسنحاول الإجابة عن عدة تساؤلات منها: ما هو التعامل؟ وما طبيعته؟ وهل هناك طرائق وأساليب (فنيات) في التعامل أكثر فعالية من غيرها؟ وحين يواجه الناس ضغوطاً نفسية، كيف يتعاملون معها محاولين خفضها؟ كيف تطبق طرائق وفنيات تدبر الضغوط لخفض مخاطر الإصابة بأمراض القلب؟

أولاً: خبرة الضغوط النفسية (حياتنا والضغوط) stress:

عندما تسمع شخصاً ما يقول "إنه تحت تأثير ضغط نفسي شديد" أو أنه "يعيش ضغطاً نفسياً مرتفعاً"، ستتكون لديك فكرة عما يقصده هذا الشخص. عادة، فإن مثل هذه العبارة تعني أن الشخص غير قادر على التعامل مع متطلبات بيئته، وأنه يشعر بالتوتر، وعدم الارتياح نتيجة ذلك. وسوف تعرف ذلك لأنك بالتأكيد قد مررت بمثل هذه الخبرات التي نسميها الضغط النفسي psychological stress في حياتك. وبسبب انتشار هذه الظاهرة ومعايشتنا لها في حياتنا، فقد تقول إن معنى الضغط النفسي بسيط وغير معقد. دعنا نرَ كيف ينظر علماء النفس للضغط النفسي، وكيف يعرفونه.

ماذا يعني الضغط النفسي:

ينظر علماء النفس لمفهوم الضغط النفسي من ثلاث زوايا أو طرق:

الطريقة الأولى، تركز على البيئة environment ، ويعرفون الضغط النفسي بأنه مثير stimulus، ويركز الناس وفق هذه الطريقة على مصدر التوتر أو سببه sourceorcaseoftension باعتباره حدثاً أو مجموعة ظروف مثل ضغط العمل المرتفع أو ما يسمى "عبء العمل". والأحداث أو الظروف المسببة للتوتر "الضغط" ندركها على أنها مهددة لنا أو مؤذية، لذلك فإنها تستثير لدينا مشاعر التوتر والتي نسميها "ضغوطات stresses". إن الباحثين الذين يعتمدون هذه الطريقة في بحث الضغط النفسي، فإنهم يدرسون آثارها المختلفة على الشخص، ومن هذه الأحداث الضاغطة:

1. أحداث كارثية catastrophic events مثل الأعاصير والفيضانات، والزلازل، والبراكين.
2. أحداث عظيمة في الحياة مثل فقدان عزيز، أو فقدان عمل، أو خسارة مادية.
3. ظروف متأزمة مثل العيش مع ألم مستمر وشديد كالتهاب المفاصل.

الطريقة الثانية التي ينظر من خلالها علماء النفس إلى الضغط النفسي، هي أنه استجابة response ويركزون على ردود فعل الشخص على الموقف الضاغط أو مصدر الضغط النفسي، أي كيف استجاب الشخص مع التهديد الناتج عن الحدث الضاغط نفسه. والكثير من الناس يستخدمون مفهوم "الضغط" للإشارة إلى حالة التوتر التي يعانونها، كأن يقولوا مثلاً "أشعر بضغط نفسي مرتفع عندما اقدم محاضرة أو التحدث عن موضوع ما"، إن مثل هذه الاستجابة تحتوي على مكونين "أو عنصرين" أساسيين هما: المكون النفسي الذي يتضمن السلوك، والأفكار، والانفعالات كما هو الحال عندما تشعر "بالعصبية"، والمكون الثاني وهو الفيزيولوجي الذي يتضمن إثارة الجهاز العصبي الذاتي، وما ينتج عنه من: تسرع في ضربات القلب، واختلال الدورة الدموية، والتنفس، والغدد وخاصة الأدرينالين. إن الاستجابة ببعديها الفيزيولوجي والنفسي للضغط نسميها كرباً أو ضيقاً strain فمفهوم الكرب أو الضيق يعني استجابة الفرد العضوية والنفسية لمصدر الضغط.

الطريقة الثالثة التي ينظر من خلالها علماء النفس إلى الضغط النفسي، هي أنه عملية process تتضمن كلا من المثير والاستجابة معاً، ولكن مع إضافة بعد آخر وهو: العلاقة بين الشخص والبيئة (Cox,1987; Lazarus& Folkman,1984) إن الضغط النفسي باعتباره "عملية" يتضمن تفاعلاً مستمراً وتكيفات متواصلة تصدر عن الشخص نسميها علاقة تبادلية بين الشخص وبيئتهtransactionalrelation، بحيث إن كل منهما يؤثر بالآخر ويتأثر به، فالشخص يؤثر في بيئته، كما أن البيئة تؤثر فيه، من هنا يتبادلان التأثير والتأثر خلال هذه العلاقة المستمرة ، ويسعى الفرد جاهداً للتكيف أثناءها حتى يحفظ التوازن بينه وبينها. ووفقاً لهذا المنظور في تعريف الضغط النفسي، فإنه ليس مجرد مثير، أو استجابة فقط، ولكنه فوق ذلك عملية يكون الشخص عضواً فاعلاً فيها من خلال ما يحمله من عمليات معرفية (كالمعتقدات والأفكار، والمدركات، والانتباه والتذكر) والحالة الانفعالية (من مشاعر يحملها ، أو حالات وجدانية). ويختلف الناس فيما بينهم في درجة استجابتهم الانفعالية (الكرب أو الضيق) الذي يشعرون به عندما يواجهون نفس الموقف الضاغط، مثل فقدان العمل، أو الخسارة، فبعضهم يعاني من كرب أو ضيق شديد "كاستجابة " لهذا الموقف الضاغط، في حين أن بعضهم الآخر تكون استجابته أخف وطأة وأقل ضيقاً لهذا الضاغط.

ويعرف الضغط النفسي بأنه "الحالة التي يعانيها الشخص حين تكون العلاقة التبادلية بينه وبين بيئته غير منسجمة وحين يدركها على أنها لا تلبي المتطلبات البيولوجية والنفسية والاجتماعية لشخصيته، سواء على مستوى واقعي أم متخيل"، وينطوي هذا التعريف على أربعة عناصر:

1. يفرض الضغط النفسي على الشخص بما يحمله من مصادر بيولوجية ونفسية واجتماعية أن يتعامل coping مع الصعوبات التي ترافق الأحداث التي يواجهها . إن مصادر شخصيته (مكونات الشخصية البيولوجية والنفسية والاجتماعية) قد تكون محدودة، بحيث لا تتيح للشخص القدرة على التعامل

مع هذه المشكلات أو التصدي لها، فيصبح عرضة للمرض. في بعض الحالات يكون تأثير الضغوط، وفشل الشخص في مواجهتها، متمركزاً على المكونات البيولوجية لشخصيته (كالشعور بالضعف العام والإعياء الجسمي)، مع العلم أن الكرب أو الضيق (الضغط كاستجابة) ستظهر آثاره في جميع مكونات الشخصية البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

2. إن كلمة متطلبات demands تعني جميع المصادر والإمكانات التي نحملها في شخصيتنا بهدف حشدها لمواجهة الضغط النفسي وما يتطلبه للتعامل معه.

3. حين تكون العلاقة بين هذه المتطلبات التي يحتاجها الموقف الضاغط، ومصادر الشخصية من اجل المواجهة، فإن حالة من عدم الانسجام هي التي تسيطر. من هنا فإن فشل مصادر الشخصية في مواجهة متطلبات الموقف الضاغط سيخلق حالة من عدم الانسجام بين الشخص والموقف البيئي، مما ستنعكس آثاره على مكونات الشخصية وستظهر أعراض الضغط النفسي.

4. إن مصطلح العلاقة التبادلية transaction بين الشخص أومصادر الشخص من جهة ومتطلبات الموقف الضاغط كما يظهرها التعريف من جهة أخرى، تشير إلى أن هذه العلاقة تبادلية التأثير والتأثر، فالشخص سيؤثر في الموقف البيئي الضاغط، والأخير سيؤثر في الشخص. ولكن هذه العلاقة التبادلية هي نفسها تتأثر بالعديد من العوامل منها: خبرة الشخص السابقة وسمات شخصيته (فيما يتعلق بالشخص) من جهة أولى، وبالموقف وخصائصه ومصادره (الموقف البيئي الضاغط) من جهة أخرى. فإذا كان الشخص قد مر في مواقف ضاغطة سابقاً وفشل في مواجهتها نتيجة ضعف مصادر المواجهة الجسمية والنفسية في شخصيته، سيكون عرضة للتأثر في الموقف الضاغط الحالي، كما أن قلة المعلومات المتاحة عن الموقف، أو قلة التدريب، تجعله يشعر بالعجز، وقد تسيطر عليه نتيجة ذلك أعراض اليأس والتشاؤم.

## ثانياً: تقييم الأحداث على أنها ضغط نفسي:

كيف نقيم الأحداث على أنها ضاغطة أو مصدر تهديد؟ أو بمعنى آخر: ما الذي يجعلنا ندرك الموقف على أنه موقف ضاغط؟

إن العلاقة التبادلية بين الشخص والموقف الضاغط يتضمن عادة عملية تقييم تصدر عن الشخص سماها لازاروس "التقييم المعرفي cognitiveappraisal" (Cox,1987;Lazarus&Folkman,1984) والتقييم المعرفي هو عملية عقلية يقيم الفرد عن طريقها نوعين من العوامل:

1. يقيم ما إذا كانت متطلبات أو خصائص موقف ما تحمل تهديداً له ولسعادته أو صحته.
2. يقيم المصادر المتاحة لديه لمعرفة ما إذا كانت تلبي متطلبات الموقف أم لا. إن هذين العاملين يعبران عن وجود نوعين من التقييم: تقييم أولي، وتقييم ثانوي.

1) التقييم الأولي والتقييم الثانوي:

التقييم الأولي : قلنا إن الشخص حين يقيم ما إذا كانت متطلبات أو خصائص موقف ما تحمل تهديداً له ولسعادته أو صحته فإنه يقوم بتقييم أولي. فحين نواجه أحداثاً تحمل إمكانية الضغط النفسي ونشعر بأعراض الألم، أو الدوخة، أو الإعياء، فإننا نحاول أن نقيم معنى هذا الموقف بالنسبة لصحتنا، مثل هذا النوع من التقييم نسميه تقييماً أولياً primary appraisal ، ويسعى هذا التقييم للإجابة عن السؤالين التاليين:" ماذا يعني هذا الموقف بالنسبة لي؟، وهل سأكون سليماً جيداً أم سأنزعج واضطرب منه؟" إن التقييم الأولي المتعلق بالألم والدوخة أو الإعياء، يمكنها أن تقدم لك ثلاثة أحكام أو إجابات :

1. إنه موقف لا علاقه له irrelevant "أي موقف لا يجب الاكتراث به"، كما هو الحال حين ترى أن مثل هذه الأعراض قد حدثت معك في السابق واستمرت لفترة قصيرة ولم تحدث لديك أي مرض أو اضطراب
2. إنه جيد good (إنه لطيف، إيجابي)، إنه موقف يجب أن أبذل مزيداً من الجهد من أجل تخطيه والفوز به، كما هو الحال حين التقدم لاختبار أو مقابلة هامة "إن هذا العنصر للموقف الضاغط، يدفع الفرد لمزيد من العمل، لأنه يحرض قدراته وإمكاناته البيولوجية والنفسية والاجتماعية".
3. إنه موقف ضاغط نفسياًstressful، ويحدث حين تشعر بالخوف من ظهور أعراض المرض، فيكون الموقف ذا طابع تهديدي، وأن مصادر مواجهته لديك غير كافية.

من هنا نلاحظ أن الإجابة (الحكم) على الموقف، لسؤالك التقييمي، إذا كانت من النوع الثالث "موقف ضاغط"، فإن هناك ثلاثة إمكانات:

**الأول: تجنب الضرر harm--loss:**

ويعزى إلى كمية الأذى الذي حدث حين يكون الشخص عاجزاً أو يشعر بألم نتيجة الخلل أو الإصابة الشديدة. بعض الناس الذين يمرون بضغوط نفسية بسيطة ربما يعتبرونها (يقيمونها) على أنها كارثية "ضخمة"، مما يزيد من تأثيرها لديهم بحيث يشعرون أنها ضغط نفسي شديد، ويعيشون الموقف على انه كذلك (Ellis,1987).

**الثاني: التهديد threat :**

وهو توقع الأذى أو الضرر مستقبلاً، مثلاً حين يكون شخص ما قد أجرى عملية جراحية وأكمل المعالجة، سيواجه بعدها (مستقبلاً) مشكلة إعادة التأهيل وصعوباتها، والتكلفة المادية الكبيرة لها .وهكذا فإن تقييم الضغط النفسي، يعتمد على كل من تجنب الضرر من جهة، والتهديد من جهة ثانية.

**الثالث: التحديchallenge:**

ويمثل إمكانية القيام بعمل أو إنجاز متطور، كالتمكن أو الإتقان، أو نفع يناله عن طريق استعمال مصادر جديدة لمواجهة ما يتطلبه الموقف.

قد نخبر أحياناً ضغوطاً نفسية حين يكون الموقف الضاغط غير مرتبط بنا مباشرة، فإذا كان هناك أشخاص يمرون بضغوط نفسية، كمعاناتهم للألم، أو تهديد لحياتهم بسبب المرض، فربما نتأثر لحالتهم ، وربما نشعر أننا نحن معرضون لمثل هذه الضغوط. لقد بينت التجارب النفسية الكلاسيكية أن التقييم التعاطفي empathic appraisal (التقييم المستند إلى المشاركة الوجدانية) عن طريق رؤية طلاب لفيلم يعرض مواقف ضاغطة ومؤثرة تمثل تهديداً لحياة الأفراد، فإن استجابتهم النفسية والعضوية كانت تمثل الحالات التي كانوا يشاهدونها بحيث إنهم عاشوا نفس المشاعر والضغوط والتهديد. وقبل التجربة تم تقسيم المفحوصين من الطلاب إلى مجموعات بحيث إن كل مجموعة ترى الفيلم من وجهة نظر مختلفة. فالمجموعة الأولى شاهدت الفيلم بدون وجود قاطرة كبيرة أو أصوات مرافقة، والثانية، كانت تسمع صوت القاطرة، مع أصوات تعبر عن الضرر والصدمة المسببة للألم، باعتبارها تمثل خطراً شديداً قد وقع، والثالثة، رأت القاطرة وهي تصطدم بأفراد سببت لهم تشوهات مختلفة، مع ما يرافق ذلك من أصوات، وعويل، وهلع. فقد كانت ردود افعال المجموعات الثلاث مختلفة حسب درجة التعاطف الوجداني الذي عاشه المفحوصون. فقد كانت درجة الضغط النفسي أعلى لدى المجموعة الثالثة التي رأت وسمعت ما حدث نتيجة معايشتها (مشاركتها الوجدانية) للحادث، في حين لم يشعر أفراد المجموعة الأولى بأية مشاعر أو استجابات ضاغطة. تؤكد هذه النتيجة أن استجابة الأفراد للموقف الضاغط تستند إلى التقييم الأولى التعاطفي primary empathic appraisal .

التقييم الثانوي: ذكرنا أن الشخص يقيم المصادر المتاحة لديه لمعرفة ما إذا كانت تلبي متطلبات الموقف أم لا ، فإنه بذلك يقوم بإجراء تقييم ثانوي. فنحن نستمر بتقييم المصادر المتاحة لنا من أجل التعامل مع الموقف ومواجهته coping .

ومع أننا في العادة ننشغل بتقييم ما نحمله من إمكانيات وقدرات ومصادر متاحة لنا "تقييم ثانوي" بعد أن نقيم الحدث "الموقف ومتطلباته وخصائصه" وما إذا كان يمثل تهديدا وضغطاً "تقييم أولي"، إلا أن التقييم الثانوي لايتبع دوماً التقييم الأولي، لأن كلا النوعين من التقييم متداخلان ، وفي الكثير من الحالات يكون التقييم الثانوي لمحدودة المصادر والإمكانات التي نحملها، أو للضعف الذي نتصف به، يمكنه أن يقود مباشرة إلى تقييم أولي لتهديد ما في موقف نمر به.إننا نكون على وعي كامل بالتقييم الثانوي حين نحكم على موقف ما بأنه ضاغط ومهدد، ونحدد ما إذا كانت مصادرنا وقدراتنا كافية للتعامل مع مخاطر هذا الموقف، وتهديده، وتحديه (راجع الإجابات والاحتمالات الثلاث في الفقرة السابقة). وهاك بعض الأمثلة عن التقييم الثانوي:

- لا يمكنني القيام بذلك، أعرف أنني سأفشل.
- سأحاول، ولكن الفرص ستكون ضئيلة.
- يمكنني القيام بذلك، إذا تمت مساعدتي.
- إذا فشلت هذه الطريقة، سأحاول اتباع طرق أخرى غيرها.
- يمكنني القيام بذلك إذا بذلت مجهوداً كبيراً جداً.
- لا مشكلة، يمكنني فعل ذلك.

إن ظروف الضغط النفسي خبرات نمر بها جميعاً، ولكنها تعتمد على نتائج تقييمنا لهذه العلاقة بين الموقف والشخص (يدخل فيها البيئة أو الموقف، والشخص نفسه وما يحمله من قدرات)، ونركز على كلمة تقييم "العلاقة" لأننا في النتيجة نحن نقيم الكل (أي علاقة الفرد بالموقف)، وهل يمكن أن يحدث التناسق والانسجام بين الشخص (إمكانياته ومصادره) والموقف البيئي (بظروفه وخصائصه) فكأن الحكم هو على "العلاقة" بهدف معرفة ما إذا كان التناسق سيحدث بينهما أم لا. ففي حالة حدوث التناسق، فإن إمكانات الشخص ستلبي متطلبات الموقف وسيتم تجاوزه والتعامل معه والتصدي له، أما إذا كانت نتيجة التقييم تعبر عن عدم التناسق، فإن إمكانات الشخص لن تلبي متطلبات الموقف، وبالتالي سيحدث الضغط النفسي، وما يترتب عليه من تهديد، ومخاطر جسمية ونفسية.

ويمكننا أن نتساءل: هل يمكن أن يحدث الضغط النفسي، بدون القيام بتقييم معرفي؟ يقول بعض الباحثين إن الضغط النفسي قد يحدث في حياتنا بدون تقييم معرفي (أولي وثانوي)، وذلك حين نعيش مواقف طارئة، أو مفاجئة. افترض أنك تسير في سيارتك، وعندما اقتربت من الإشارة، التي كانت خضراء ثم أصبحت حمراء، وتوقفت فجأة حين أضاء الضوء الأحمر، وللحظة لا تتعدى جزءاً من الثانية، سمعت صوت الفرامل وشعرت بتوتر شديد في جسمك، وأنت تردد "يا الله" ، وإذ باصطدام يحدث من الخلف، فالسائق الذي خلفك قد صدمك، وحطم جزءاً من سيارتك. فحين تقول "يا الله" فإن هذا ليس تقييماً معرفياً، إنها ببساطة استجابة تعبر عن رد فعل انعكاسي. ولكن استجابة الضغط النفسي تكون قد حدثت للتو حين شعرت بالتوتر في جسمك، يتبعها مشاعر feelings ، وكذلك تقييم appraisal. ففي المواقف الطارئة تتضمن استجابة الضغط النفسي حالة من الصدمة، يكون فيها الشخص مذهولاً ومرتبكاً، وكأنه فاقد الوعي (Shontz,2000) ، وقد تستمر هذه الحالة من المشاعر لدقائق أو لساعات، وقد تطول أكثر من ذلك. من هنا يمكن القول إن عملية التقييم المعرفي تكون مستبعدة في الضغوط النفسية التي تحدث في المواقف الطارئة والمفاجئة.

### ثالثاً: التعامل مع الضغط النفسي:

يعاني جميع الأفراد في مختلف الأعمار من الضغوط النفسية كما يحاولون التعامل معها. ففي مرحلة الطفولة، يتعلم الأطفال التحكم بالمشاعر المرافقة للضغط النفسي وإدارتها وذلك أثناء تعرضهم للكثير من مواقف الخوف في حياتهم.ومن أبرز المخاوف المنتشرة بين الأطفال الخوف من البرق والرعد، وقد قام بعض الباحثين بدراسة الطرق التي يتعلمها الطفل للتحكم بهذا الخوف وخفضه، والتي من أبرزها إعادة طمأنة الذات، ومحاولة القول للطفل "إنه مجرد صوت، ولا يؤذيك"، وبعد ثلاث سنوات، وحين سمع الطفل صوت الرعد والبرق، وكان في فراشه، فقد سمع الصوت، ولكنه ظل ماكثاً في سريره بهدوء، وبعد سنتين من هذه الحادثة، استطاع الطفل أن يعلم أخوه الصغير أن صوت البرق والرعد لا خطر منه، وانه مجر صوت لا يؤذي، وبذلك تمكن من مهارة تهدئة أخوه الصغير علاوة على تحكمه في حالته الانفعالية.

1) ماذا نعني بمفهوم "التعامل":

بسبب أن الضيق النفسي والجسمي المرافق للضغط غير مريح، بل ومزعج، فإن الناس يندفعون للقيام "بأشياء أو سلوكيات" معينة من أجل خفضه، وهذه "الأشياء والسلوكيات" هي ما نقصده بمفهوم "التعامل" coping.

فما هو "التعامل"؟ هناك تعريفات متعددة لمفهوم التعامل. سوف نعتمد التعريف الذي يتفق مع تعريفنا السابق لمفهوم الضغط النفسي. فقد عرفنا الضغط النفسي (انظر الفصل الثالث) على أنه يتضمن إدراك التناقض بين متطلبات الموقف ومصادر أو إمكانيات الفرد. ويعني أن إمكانيات الفرد ومصادر القدرة لديه لا تلبي متطلبات الموقف. وحين ينشغل الفرد في التعامل من أجل خفض هذا الضغط، فإن عدداً من أنشطة التعامل تجاهه من أجل خفض هذا التناقض، أو خفض تقييم الشخص لهذا التناقض. فمفهوم "التعامل" هو عملية يحاول الفرد من خلالها أن يتدبر أو يتحكم manage بالتناقض المدرك بين متطلبات الموقف ومصادره الشخصية أثناء تقييمه للموقف الضاغط. وكلمة إدارة أو تدبر manage في هذا التعريف مهمة لأنها تشير إلى أن جهود التعامل يمكن أن تكون مختلفة ولا تقود بالضرورة إلى حل للمشكلة. ومع أن جهود التعامل تكون متركز على المشكلة أو الموقف، إلا أنها قد تساعد الشخص على تعديل إدراكه للتناقض الذي لاحظه سابقاً في الموقف، وقد يتحمل، أو يوافق على التهديد أو الأذى، أو يهرب أو يتجنب الموقف. فالطفل الذي يواجه اختباراً ما يعيش موقف ضغط نفسي في المدرسة، وقد يتعامل مع هذه المشاعر بإظهار الغثيان أو ألم البطن أو بالبقاء في المنزل.

نحن نتعامل مع الضغط النفسي عن طريق اتباع أساليب معرفية وسلوكية مع البيئة. فلنفترض أنك تعاني من الوزن الزائد (البدانة) والتدخين،وأن طبيبك قد نصحك بأن تخفف وزنك وان تقلع عن التدخين لأنهما عوامل خطر على صحتك لأنهما يساعدان في حدوث مرض القلب لديك. فالتهديد الذي يواجهك هو العجز (المرض) أو الموت، فهذا يمثل ضغط نفسي بالنسبة لك، ولكن

ليس باستطاعتك تعدل سلوكك من حيث تخفيف وزنك أو الإقلاع عن التدخين، فكيف "ستتعامل" cope مع هذا الموقف الضاغط stressful situation؟ بعض الأفراد قد يتعاملون مع هذا الموقف الضاغط عن طريق البحث عن مزيد من المعلومات حول الطرق التي يمكن أن يحسن من خلالها قدرته على سلوكه. والبعض الآخر قد يذهب للبحث عن طبيب آخر ليس بهذه الدرجة من الصرامة في التوجيهات. وبعضهم الآخر قد يعزو صحته إلى الدهون، وليس إلى التدخين أو زيادة الوزن، في حين يبقي بعضهم المشكلة عالقة. وفي حين يسعى البعض الآخر إلى خفض مشاعر الضيق والقلق الناتجة عن الضغط النفسي من خلال استهلاكه المتزايد للكحول، مما يضيف خطراً إلى خطر، فإننا نرى بعضهم يتبع طرقاً مختلفة عن ذلك بحيث يحاولون تدبر أو إدارة التناقض بين متطلبات الموقف والمصادر الذاتية عن طريق إعادة تقييم له.

فعملية التعامل "أو التدبر" ليست حادثة مفردة وحدية، ولكنها تتضمن عدد من الطرق "أو صفقات المعاملة" transactions مع البيئة، وبذلك فإنها تمثل عملية من سلسلة خطوات أو مراحل كما يقول لازاروس وفولكمان:

"إن التقييم ،إعادة التقييم للتناقض أو الفجوة بين الشخص وبيئته، تتم باستمرار وبدون انقطاع،، وينتج التحول من جهود التعامل الموجهة لتعديل البيئة، أو التعامل مع مصادر الشخص، بحيث يحدث تعديل في معنى الموقف أو الحدث أو زيادة في التناقض. وقد ينتج التحول عن البيئة التي تكون مستقلة عن الشخص وعن أنشطته للتعامل. وبغض النظر عن ذلك فإن أي تحول في العلاقة بين البيئة والشخص ستقود إلى إعادة تقييم ما حدث، ومغزاه، وما يمكن أن يحصل. إن إعادة التقييم هذه ستؤثر في طرق التعامل اللاحقة التي سيتبعها الفرد" (Lazarus&Folkman,1984). ويبدو من هذا النص أن الشخص أثناء محاولته التعامل مع التناقض الحاصل بين مصادره وإمكاناته الذاتية وبين متطلبات بيئته (باعتبار التناقض: موقفاً ضاغطاً) فإنه يسعى باستمرار لإعادة تقييم الموقف مما يحدث تعديلاً في النظر لمتطلبات الموقف أو لكشف مصادر شخصية جديدة، وفي جميع الحالات قد تقود إعادة التقييم هذه إلى طريقة مناسبة للتعامل مع الموقف الضاغط وخفض تأثيراته.

إن التعامل مع التهديد الذي ينتج عن مرض خطير، قد يدفع الشخص إلى بذل جهود للتعامل والتدبر بحيث تعدل من نمط حياته، أو أن يتلقى مزيد من التشجيع أو العلاقات اجتماعية الأفضل مع الطبيب أو أفراد الأسرة. فمثل أساليب التعامل هذه بالبحث عن مصادر مواجهة (كالدعم الأسري مثلاً) قد تتيح له خفض التهديد الناتج عن الموقف الضاغط، وذلك على العكس من الشخص الذي يتجاهل المشكلة الذي سيؤدي تجاهله لها إلى مزيد من التهديد والخطر على صحته وعلى علاقاته بالآخرين. إن كل تحول أو تنقل باتجاه أو آخر سيتأثر بطريقة التعامل التي يتبعها الشخص وسينعكس ذلك على طرق التعامل المقبلة أيضاً. من هنا يكون التأثير والتأثر متبادل بين طرق التعامل والموقف الضاغط.

2) وظائف التعامل:

لقد تأكدت الآن أن الناس يملكون عدداً كبيراً من الطرق للتعامل مع الضغوط النفسية، ولذلك، حاول الباحثون أن يدرسوا هذه الطرق والوظائف وكيفية تطبيقها.

وظائف التعامل: وفقاً لعالم النفس المشهور لازاروس وزملاؤه، فإن التعامل يمكن يخدم في تحقيق وظيفتين رئيستين:

الأولى: يمكن للتعامل أن يعدل المشكلةalter problem أو المثير المسبب للضغط النفسي.

الثانية: يمكن للتعامل أن ينظم الاستجابة الانفعالية للمشكلة regulate emotional response.

سوف نتحدث عن هاتين الوظيفتين بشيء من التفصيل:

2 – 1 – التعامل من خلال التركيز على الانفعال emotional – focused coping:

وتتعلق هذه الوظيفة بالتحكم بالاستجابات الانفعالية التي ترافق الضغط النفسي فيمكن للفرد أن ينظم الاستجابة الانفعالية من خلال طرق سلوكية عديدة. فالفرد الذي يمر بموقف ضاغط سيعاني من مشكلات انفعالية تعتبر ردود فعل ناتجة عن الموقف الضاغط، مثل الضيق، والقلق، والكآبة، واليأس والعجز، وغيرها، ويمكن أن يقوم بطرق للتعامل مع ردود الفعل الانفعالية هذه، وذلك باتباع أساليب سلوكية مثل: تناول الكحول، الأدوية، التدخين، البحث عن الدعم الاجتماعي مثل الدعم الانفعالي، ودعم تقدير الذات، من الأصدقاء والأقارب، أو عن طريق الانشغال بأنشطة معينة كالرياضة أو مشاهدة التلفاز، كل ذلك يتيح للفرد أن يعدل الموقف الضاغط من خلال تعديل آثاره الانفعالية. ويمكن للفرد أن يغير من معنى الموقف كأن يقرر أن هناك أشياء سيئة في الحياة أكثر من تغيير العمل كأن يقول لنفسه "لقد تركتني زوجتي ولكنني تأكدت أنني لست بحاجة إليها"، ومن الطرق نكران الأحداث غير السارة. وقد ذكر بعض الباحثين أن طرق التعامل التي تركز على الانفعال، يمكن أن نقسمها إلى فئتين: فئة الأساليب الفسيولوجية وهي اللجوء إلى بعض المهدئات، والمسكنات، وأساليب الاسترخاء، وفئة الأساليب النفسية الداخلية كإتباع حيل الدفاع النفسية الأولية اللاشعورية، كالنكوص، والتوحد، والتبرير، والكظم، والإسقاط.

يميل الأفراد إلى اتباع طريقة التركيز على الانفعال حين يعتقدون أن بإمكانهم القيام بعمل شيء ما لتغيير الموقف الضاغط (أو على الأقل آثاره الانفعالية)، والمثال الذي يوضح ذلك، هو أنه حين يموت شخص عزيز، يبحث الفرد عن دعم انفعالي، أو يسعى إلى تغيير المصادر الذاتية لديه، لأن التناقض بين مصادره الذاتية (إمكانياته) والموقف البيئي (الحدث الضاغط ومتطلباته)، لا يزال كبيراً، من هنا فإنه يبحث عن مصدر دعم اجتماعي يتيح له إمكانية حل مثل هذا التناقض

وتخفيف آثار الضغط.فالطفل الذي يحاول جاهداً أن يكون الأول في صفه أو يسعى ليكون الطالب المتفوق في المدرسة كما يرغب أهله أن يكون عليه، إلا أنه لا يستطيع بلوغ هذا المستوى بسبب إمكانياته، ربما يعجز عن تحقيق المستوى الأدنى المطلوب منه، وبذلك فقد يتبع طرق للتعامل بحيث يعيد تقييم الموقف من جديد، ويقول" سأنسحب" أو "لست بحاجة للحب وتقدير الوالدين إذا كان سينتج عن التفوق".

2 – 2 – التعامل من خلال التركيز على المشكلة :problem – focused coping

وهي المحاولات السلوكية النشطة التي يقوم بها الفرد للتعامل مع المشكلة مباشرة بصورة عقلانية وواقعية. فإذا كان الفرد في الطريقة السابقة، يركز على ردود افعل الانفعالية للموقف الضاغط، فإنه يركز عنا على المشكلة أو الحدث مباشرة، ويتضمن ذلك معرفة الأسباب الحقيقة للمشكلة أو الحدث،، والاستفادة من الخبرات السابقة، واقتراح بدائل لتعامل مع مصدر الضغط تم اختيار أفضلها، ووضع خطة واقعية لمواجهة هذه المشكلة.من هنا فإن هذه طريقة التعامل هذه تهدف على خفض متطلبات الموقف الضاغط، أو توسيع مصادر الشخص الذاتية وإمكانياته. فالتركيز هنا يكون على أحد عناصر الموقف الضاغط، فإذا كان الموقف الضاغط يمثل تناقضاً وعدم تجانس بين متطلبات الموقف، ومصادر الشخص الذاتية وإمكانياته، فإنه في هذه الطريقة يركز على عناصر الموقف الضاغط كمشكلة، فإما أن يسعى إلى خفض متطلبات الموقف، وإما أن يسعى للبحث عن مصادر ذاتية جديدة لديه يمكن أن تلبي تلك المتطلبات. والحياة اليومية تقدم لنا الكثير من الأمثلة عن هذا النوع من التعامل الذي يركز على المشكلة مثل: تنظيم بيئة العمل وتغيير شروطه، وجعله أكثر هدوءاً، التفاوض في بعض القضايا مباشرة، وكشف بدائل حلول لها، وضع جداول منظمة لدراسة أو المذاكرة، وضع جدول يومي لتنظيم شؤون الحياة اليومية، استعمال مفكرة خاصة بذلك، اختيار انشطة بديلة لمارستها، أو البحث عن خدمات طبية جديدة، أو تعلم مهارات جديدة،. فالناس يميلون لاستعمال طرق عدد للتعامل مع المشكلة، ويحدث ذلك حين يقيم الشخص الموقف ويتبين له أنه ليس بإمكانه أن يعدل من متطلبات الموقف ولا من مصادره الذاتية، لذلك يسعى للبحث عن مصادر جديدة تخفف من الضغط .

إلى أي درجة يستعمل الناس طريقتي التعامل اللتين تركزان على الانفعال، والمشكلة، في مواجهة الضغط النفسي خلال حياتهم اليومية؟

درس بعض الباحثين هذا الموضوع وذلك على عينة مؤلفة من (200) من المتزوجين (ازواج couples) باستعمال طريقة المسح والاستبيانات، وقد تم اختيارهم لأنهم تعرضوا حديثاً لأزمات أو أحداث حياة ضاغطة، ثم أجابوا عن الأسئلة التي يشملها الاستبيان. وقد ظهرت بعض النتائج المثيرة للاهتمام. فالأزواج (الذكور) استعملوا طريقة التعامل التي تركز على المشكلة أكثر من الطريقة التي تركز على الانفعال في التعامل مع الأزمات وأحداث الحياة الضاغطة، بينما الزوجات (الإناث) على العكس من ذلك فقد استعملوا طريقة التعامل التي تركز على الانفعال أكثر من الطريقة التي تركز على المشكلة. كما تبين أن المتزوجون ذوي المستويات الاجتماعية، والاقتصادية، والتعليمية، العليا هم الأكثر استعمالاً لطريقة التعامل التي تركز على المشكلة، عكس ذوي المستويات الاجتماعية، والاقتصادية، والتعليمية الدنيا، الذين استعملوا بنسبة أكبر طريقة التعامل التي تركز على الانفعال. وحين كان الحدث الضاغط هو وفاة في الأسرة، فلم تتبع طريقة التركيز على المشكلة، وإنما حل محلها طريقة التركيز على الانفعال. وبالمقابل حين كانت الأزمة أو الحدث الضاغط، مرض، ومشكلات مالية أو اقتصادية، كان اللجوء إلى طريقة التعامل التي تركز على المشكلة هي الأكثر استعمالاً. ويبدو أن هذه النتائج منطقية وواقعية، فحين يحدث وفاة في الأسرة، فإن التعامل مع مثل هذا الحدث لا يمكن أن يتم باتباع طريقة التركيز على المشكلة (خاصة وأن حرية التحرك في التغيير بمثل هذا الحدث ضئيل جداً)، من هنا يسعى الشخص للتعامل مع الآثار الانفعالية لهذا الحدث، من أجل التخفيف من الكآبة والحزن، وقلق المستقبل الذي يعيشه الشخص. وعلى العكس من ذلك، فحين يكون الموقف الضاغط حدثاً أو أزمة اقتصادية مالية أو مرض، يمكن للشخص أن يتعامل معه بالتركيز على المشكلة عقلانيا ومنطقياً سعياً لحلها، أكثر من إتباع طريقة التركيز على الانفعال.

ويمكن للشخص أن يستخدم طريقتي التعامل في آن واحد لمواجهة حدث ضاغط معين. فحين يواجه الفرد مشكلة اقتصادية أو اجتماعية، فقد يبحث عن مصدر للمعلومات من أجل يزيد من معرفته بحلول المشكلة، ويسعى لاتخاذ قرار بشكل معرفي، أو لتغيير الحدث الذي يؤدي إلى شعور بالضغط النفسي، ففي هذه الحالة يعتمد التعامل الذي يركز على المشكلة. ولكنه في نفس الوقت، قد يسعى للتحكم في التوتر الانفعالي الذي نتج عن الحدث الضاغط، فيستخدم آليات دفاعية مثل النكران، أو التفكير التفاؤلي، أو البحث عن الدعم الانفعالي من الآخرين، وبذلك فإنه يتبع طريقة التعامل بالتركيز على الانفعال.

3) طرق التعامل ومهاراته أو استراتيجياته:

ما هي أنماط مهارات التعامل واستراتيجياتها التي يتبعها الناس لتعديل المشكلة أو لتنظيم الاستجابة الانفعالية والتحكم بها حين يخبرون موقف ضغط نفسي؟ هناك عدد من مهارات التعامل واستراتيجياتها التي يسود استعمالها بين الناس،ة وقد وضع لازاروس وزملاؤه قائمة بهذه المهارات بعضها يركز على المشكلة وبعضها الآخر يركز على الانفعال. هذه المهارات والاستراتيجيات هي:

1. حل المشكلة problem – solving (وهي مهارة بالتركيز على المشكلة): وتشتمل هذه المهارة أو الاستراتيجية على تحليل الموقف بهدف الوصول إلى الحل، ثم تنفيذ هذا الحل بطريقة صحيحة. مثلاً، المريض في المستشفى الذي يحتاج إلى اختيار طبيب متخصص من اجل معالجة مرضه الخطير، ريما يبحث عن طبيب متخصص أو يطلب معلومات إضافية عن المتخصصين في المستشفى قبل أن يختار طبيباً معيناً.
2. التعامل عن طريق المواجهة confrontive coping (وهي مهارة بالتركيز على المشكلة): القيام بفعل تأكيدي، غالباً ما يتضمن على الغضب، وذلك من أجل تغيير الموقف.

3. البحث عن مساندة أو دعم اجتماعي (يمكن أن يكون بالتركيز على المشكلة أو على الانفعال): فحين يسعى الشخص إلى طلب الدعم المعلوماتي، كأن يطلب المريض معلومات إضافية من المرضات أو الأصدقاء عن المتخصصين بالمستشفى (دعم بالتركيز على المشكلة)، أما حين يطلب دعماً انفعالياً من أفراد الأسرة والأصدقاء، بهدف تخفيف القلق والكآبة لديه، فإنه يعتمد طريقة التركيز على الانفعال (دعم بالتركيز على الانفعال) .

4. الهروب والتجنب أو الانسحاب escape – avoidance (تعامل بالتركيز على الانفعال): التفكير التأملي حول الموقف أو القيام بعمل ما من اجل التهرب من الموقف والانسحاب منه. فقد ينشغل المريض في المستشفى بأحلام اليقظة والتخيل بحيث يبتعد عن المشكلة ، أو يتجنب التعامل معها عن طريق كثرة النوم أو الإفراط في تناول الكحول .

5. التحكم الذاتي self– control (تعامل بالتركيز على الانفعال):وهي محاول الشخص أن يعدل من مشاعره أو أفعاله حيل الموقف الضاغط. ففي مثالنا السابق عن المريض بالمستشفى، ربما يخفي مشاعره من أجل أن منع حالته الانفعالية من الظهور للآخرين اثناء تفاعله معهم.

6. تقبل المسؤولية وتحملها acceptingresponsibility(تعامل بالتركيز على المشكلة): وهي تقدير أدوار الآخرين في مشكلته، بحيث يثمن الفرد ما قام به الآخرون من أدوار في محنته، ولكنه في نفس الوقت يضع الأمور في نصابها ويتحمل مسؤولياته في بعض التصرفات. ففي مثالنا السابق عن مريض المستشفى، كأن يقوم بتعليم نفسه وقراءة الكثير من المرض الذي يعانيه بحيث يحسن من استجابته للمعالجة، وبالتالي تساعد في تحسين صحته مستقبلاً.

7. إعادة التقييم الإيجابي positive reappraisal (تعامل بالتركيز على الانفعال): وهي محاول الشخص أن يوجد معاني جيدة للمشكلة وأن يستفيد من هذه الخبرة بما يساعد في نموه الشخصي، وأحياناً من وجهة نظر دينية. فالمريض بالمستشفى ربما يصبح رجلاً قوياً أو أحسن حالاً بسبب هذه الخبرة ولأنه شعر بأن هذا الموقف قد طور من شخصيته وتعلم منه الكثير.

ويمكن للشخص أن يطبق عدداً من المهارات والاستراتيجيات في الوقت نفسه حين يمر بأزمة أو موقف ضاغط. فالمريض بالمستشفى في مثالنا السابق، طبق جميع مهارات التعامل لمواجهة الموقف. من جهة أخرى فإن الطرق أو مهارات التعامل التي تركز على الانفعال ذات أهمية كبيرة لأنها تتداخل مع طلب المعالجة الطبية، أو تتضمن سلوكيات غير صحية مثل التدخين أو الكحول، أو خفض التوتر. وعادة فإن معظم الناس يستعملون هذه السلوكيات في التعامل (أي التدخين، وتناول الكحول) من أجل خفض المشاعر والحالات الانفعالية التي يثيرها الموقف الضاغط.

إن كل مهارة أو طريقة من طرق التعامل هذه واسعة وعامة جداً، ويمكن تطبيقها بطرق ومواقف كثيرة ومتنوعة. ولكي نبين كيف يستعمل الناس طرق التعامل التي تركز على الانفعال، يجب أن نوضح الاختلافات بين مهارات التعامل هذه. مثلاً يمكن لبعض الناس أن يستعملوا طريقة التعامل التي نسميها التفريغ الانفعالي emotional discharge والتي تشتمل على طرح المشاعر المرافقة للموقف الضاغط والتعبير عنها ، وكثيراً ما تستعمل هذه الطريقة بالتزامن مع الدعم الاجتماعي من قبل الأصدقاء وأفراد الأسرة ، وقد تتضمن إطلاق النكات، والمزاح.ويمكن لطرقة التفريغ الانفعالي أن تساعد الناس في التعامل مع المواقف الضاغطة مثل الأمراض المزمنة، خاصة وان هذه الأمراض تطول فترتها، ويعاني المريض من مشاعر متناقضة ومتنوعة خلالها، وبذلك تتيح له مهارة التفريغ الانفعالي والدعم الاجتماعي الانفعالي أن يتعامل بإيجابية مع هذه المشاعر ، وبالتالي تتحسن حالته الانفعالية. أما الطريقة البديلة لتفريغ المشاعر، فهي التي نسميها مهارة التفكير الاقتحامي أو التطفلي intrusive thought كأن يسيطر على الشخص تخيلات عن استمرار الحدث الضاغط، ويفكر كيف أنه يعاني من اللوم بسبب هذه المشكلة أو الأزمة مما فيبالغ بأفكاره من ضخامة الحدث المؤلم الضاغط. والأشخاص الذين تسيطر عليهم أفكار تطفلية واقتحامية من هذا النوع، يملكون عادات صحية سيئة وفقيرة ، مقارنة بالأشخاص الذين لا تسيطر عليهم مثل هذه الأفكار. وبالعكس من ذلك، فقد تبين أن الأشخاص الذين يعبرون عن

مشاعرهم السلبية بالكتابة على الورق (دفاتر مذكرات) أو يتحدثون عنها (للآخرين)، يخفضون من آثار الضغط النفسي، ويحسنون من صحتهم. وهناك طريقة أخرى يمكن استعمالها للتعامل مع الضغوط النفسية وهي إعادة التفسير أو التحديد المعرفي cognitive redefinition وهي استراتيجية يحاول الفرد من خلالها أن يضع الوجه الجيد والإيجابي للموقف محل الوجه السيء والسلبي له. كأن يلاحظ الفرد أن الأشياء يمكن أن تكون أسوأ، وذلك عن طريق المقارنة مع الأشخاص الذين كانوا أسوأ حالاً، أو أن يرى أشياء إيجابية وجيدة تنمو بغض النظر عن المشكلة. ويعني ذلك يركز الفرد على الوجهة الإيجابية والجيدة في الموقف، سواء تم من خلال المقارنة مع أناس آخرين، أو من المقارنة بين جوانب الموقف نفسه. ومن الطرق التي يتعامل فيها الناس مع الموقف الضاغط آليات الدفاع النفسية اللاشعورية defense mechanisms والتي تتضمن تحريفاً للذكريات، والأفكار، والمشاعر أو الواقع بطريقة ما .فحين يكون أمراً ما مؤلماً ن يمكن للشخص أن ينكر هذا الشيء، ويرفض وجوده. من هنا يمكن للفرد أن يستعمل ما نسميه النكران أو الرفض denial وهي آلية دفاع سلوكية نفسية ينكر فيها الشخص الواقع المؤلم، ويرفض وجوده. فالشخص الذي تم تشخيصه على انه يعاني من مرض عضلي جسمي– نفسي، يمكن أن يرفض ذلك، أي رفض الاعتقاد بأنه هذا المرض قد حدث له. وقد يلجأ على آلية دفاع أخرى تسمى التبرير أو العقلنة intellectualization وهي التعامل مع الحدث الضاغط أو مواجهته بطريقة عقلية مجردة. والكثير من الممرضين والأطباء يستعملون آلية التبرير والعقلنة من اجل توضيح جوانب علمية منطقية عن مرض الشخص خاصة في الأمراض المزمنة والجسمية– النفسية (Newman & Stone,1996).

ربما تكون قد لاحظت أن بعض طرق التعامل مع الحدث الضاغط تجعل الفرد يزيد من انتباهه attention أو يركز على هذا الموقف، وطرق التعامل التي تركز على المشكلة هي التي تتصف بهذه الخاصية. وبالمقابل هناك طرق أخرى في التعامل وخاصة التي تركز على الانفعال، تتيح للفرد أن يتجنب أو ينسحب avoidance من الموقف الضاغط. وهكذا فإن التعامل الذي يركز على المشكلة أو

الموقف الضاغط هو سلوك تعامل إقدامي تركيزي، أما التعامل الذي يركز على الانفعال فهو سلوك تعامل انسحابي تجنبي هروبي. وفي كلا الحالتين، فإن الاستراتيجيتان مفيدتان في بعض الظروف. من هنا قد تكون الاستراتيجية الأولى مفيدة في موقف ما، بينما تكون الاستراتيجية الأخرى مفيدة في موقف آخر.وقد أجريت دراسة للكشف عن فعالية هاتين الاستراتيجيتين (الإقدام أو المواجهة، الإحجام أو التجنب)، وتوصلت إلى النتيجتين التاليتين:

الأولى، استراتيجية الإحجام أو التجنب مفيدة للتعامل أساساً مع المواقف الآنية وقصيرة الأمد.

الثانية، أن استراتيجية الإقدام والمواجهة مع المشكلات طويلة الأمد كما في الأمراض المزمنة.

ففعالية استراتيجية التجنب قد تكون تقدم بعض الفائدة بالنسبة للزوجين المتزوجين حديثاً في أسابيع حياتهم الاولى ، ولكنها لا تنفع مع مرور الزمن، لذلك بعد فترة على زواجهم، لابد من اتباع استراتيجية المواجهة (Taylor,1983).

4) نمو مهارات التعامل وأساليبه:

لقد افترض علماء النفس منذ فترة طويلة أن مهارات التعامل تتغير خلال حياة الفرد عبر مراحل نموه المختلفة.ولكن طبيعة هذه التغيرات ليست واضحة تماماً بسبب نقص الدراسات حول هذا الموضوع، وبشكل خاص نقص الدراسات التتبعية الطولانية. تظهر بعض مظاهر هذا التغير منذ سنوات النمو المبكرة من حياة الطفل. فالمواليد حديثاً لا يستطيعون التعامل بفعالية مع الضغوط التي يرمون بها. فعندما يقوم طبيب الأطفال بإجراء فحص طبي للطفل، نرى أن الطفل يتعامل مع هذا الموقف من خلال محاولته منعه، وبذلك يظهر الطفل الصغير سلوك تعامل طابعه منع الطبيب من فحصه. ومع تقدم الطفل بالعمر فإننا نلاحظ أن الطفل يواجه مواقف انفعالية كالخوف، وينمي بذلك طرق للتعامل مه هذه

الانفعالات، ويكتسب الطفل العديد من مهارات التعامل مع نمو عملياته وقدراته المعرفية. وخلال السنوات اللاحقة من عمره يكتسب الطفل استراتيجيات معرفية للتعامل مع المواقف الضاغطة ، فقد يتعلم الطفل التفكير بالأشياء المختلفة، وخاصة القيام بعمل شيء ما لوقاية نفسه من موقف ضاغط أو انفعالي، وهكذا حتى يتمكن من تنظيم مشاعره باتباع طريقة التعامل التي تركز على الانفعال مثل إعادة التأهيل المعرفي، فنراه يقول لنفسه "يمكنني القيام بذلك" . وحين يعاني الوالدين أو أحد أفراد الأسرة من مرض عضال أو مرض مزمن كالسرطان مثلاً، يستطيع الأطفال والمراهقون أن يستعملوا مهارات التعامل التي تركز على المشكلة ولكن بدرجة محدودة جداً والأكثر بينهم هو استعمال التعامل الذي يركز على الانفعال مثل مشاهدة التلفاز، والقيام بنشاط معين، أو لعبة ما بهدف التعامل مع الموقف الضاغط. وهكذا فإن طريقة التعامل التي تركز على المشكلة لا تنمو إلا في مرحلة متقدمة بعد المراهقة، واكتمال النضج العقلي والجسمي.

للأسف لا توجد إلا بضع دراسات تناولت تغير مهارات التعامل في مرحلتي المراهقة والرشد. ففي إحدى الدراسات التي استعملت المقابلة والاستبيان أداة لها وذلك بهدف مقارنة طرق التعامل مع المنغصات اليومية خلال المرحلة المتوسطة من العمر (الرشد) ومرحلة الشيخوخة لدى الرجال والنساء. وقد تبين أن الراشدين من الذكور والإناث قد استعملوا مهارات التعامل التي تركز على المشكلة، في حين أن المسنين استعملوا مهارات التعامل الذي يركز على الانفعال (Compas,Worsham & Howell,1996).

لماذا يتنقل الراشدون من اتباع طريقة التعامل التي تركز على المشكلة إلى طريقة التعامل التي تركز على الانفعال حين يتقدمون بالسن ويصبحوا معمرين؟ إن هذا التغير يحدث بسبب الفروق بين الناس فيما يجب أن يتعاملوا معه حين يتقدمون بالسن. فحين يدخل الشخص مرحلة التقاعد، يواجه ضغوطاً متعددة تتعلق بالفراغ، وقلة الأنشطة مما يؤثر في صحته، كما انه اكثر مكوثاً في المنزل، لذلك تزداد الضغوط المتعلقة بالصداقة، والمال، والأسرة. وقد تكون الأفعال بالمواجهة أكثر الطرق فعالية لمواجهة هذه الظروف الضاغطة بالنسبة للراشد قبل التقاعد، بينما يصبح الدعم الانفعالي هو السائد في الشيخوخة.

هل توجد فروق جنسية، وثقافية اجتماعية في استراتيجيات التعامل؟

لقد بينت نتائج بعض الدراسات حول الفروق بين الجنسين في يطرق التعامل ومهاراته أن الرجال أكثر استخداماً لاستراتيجيات التعامل التي تركز المشكلة، وذلك عكس النساء اللواتي قررن أنهن أكثر استعمالاً لاستراتيجيات التعامل التي تركز على الانفعال حين مواجهة الضغوط النفسية والأحداث الضاغطة. ولكن حين كان الرجال والنساء متجانسون من حيث المستوى التعليمي والمهني، لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بينهم. وتفترض مثل هذه النتيجة أن الأدوار الجنسية الاجتماعية societal sex roles تلعب دوراً مهماً في أنماط التعامل وطرقه لدى الذكور والإناث (Sarafino,2001).

أما فيما يتعلق بالفروق الثقافية والاجتماعية في طرق التعامل واستراتيجياته، فقد بين بيليغ وموس (Moos, &Billing, 1981)، أن الأفراد ذوو المستوى الاقتصادي والتعليمي العالي أكثر استخداماً لاستراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة مقارنة بذوي المستوى الاقتصادي والتعليمي المنخفض. ويمكننا القول إن جميع طرق التعامل مفيدة في خفض الضغوط النفسية لدى جميع الناس، كما أنها تخفض من احتمال تعرض الفرد للضغوط لاحقاً، ولكن بعضها أكثر فعالية في خفض تأثير بعض الأحداث من بعضها الآخر، وأن ذلك يرتبط بمستوى الشخص الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي.

## رابعاً: خفض إمكانيات وقوع (ركاز) الضغط النفسي:

هل يمكن للأفراد أن يكونوا محصنين ضد التعرض للضغوط النفسية؟ إن حياة بعض الناس يمكنها أن تخفض من إمكانية احتمال (ويشير مصطلح potential الإمكانية أو الجهد والقوة الكامنة، ويمكن ترجمتها إلى ركاز) تطور الضغوط النفسية وبالتالي حين التعامل مع المشكلات حين تواجههم. وتعتبر الوقاية والمنع الخط الأولي للدفاع ضد الضغوط. وسننظر إلى بعض الطرق التي تساعد الناس في منع حدوث الضغوط النفسية أو منع تطورها وتعقدها حين تحدث لهم.

1) تحسين أو تطوير الدعم الاجتماعي لدى الفرد enhancing social support:

جميعنا نستعين بالآخرين ونطلب مساعدتهم حين نواجه مشكلة معينة أو ضغط نفسي ما أو حدث طارئ وغير متوقع في مراحل حياتنا. وحين نعجز عن تجاوز هذه الأزمة، فإننا تسعى لطلب الدعم من الآخرين، لأننا ندرك قيمة مثل هذا الدعم بالنسبة لنا. ولكن يجب أن نعرف أن الدعم الاجتماعي لا يعتبر مفيداً ومساعداً لنا بعد حدوث الضغط أو المشكلة أو الأزمة، ولكنه يساعد في منع تطورها منذ حدوثها، أي منع تعقدها حين يقدم الدعم فور حدوث الأزمة أو الضغط. مثلاً الدعم الوسيلي أو العيني يفيد الزوجين في بداية حياتهما الزوجية كتقديم معونة مالية لشراء المنزل، كما أن الهدايا العينية التي تقدم لهما حين يسكنا المنزل تكون مفيدة، كتقديم طقم مفروشات، أو مكتب، أو براد..الخ.

وهناك كثير من الناس لا يتلقون أي نوع من أنواع الدعم الاجتماعي في حياتهم رغم حاجتهم لمثل هذا الدعم، مثلاً:

- بالرغم من أن الرجال لهم شبكة علاقات اجتماعية أوسع من النساء، إلا أن النساء أكثر تقديماً للدعم الاجتماعي بأشكاله المختلفة، وأكثر فعالية في تقديمه.
- المسنون يعيشون في ظروف منعزلة، ووحيدين، وبالتالي ليس لديهم إلا عدد محدود وقليل جداً من الأشخاص الذين يمكنهم الاعتماد عليهم أو طلب الدعم منهم.
- إن شبكة العلاقات الاجتماعية مرتبطة بالاتيكيت الاجتماعي، والمستوى التعليمي والاقتصادي للفرد، وبالتالي كلما قل مستوى أتيكيت الفرد ومستواه التعليمي والاقتصادي كلما قلت شبكة العلاقات الاجتماعية وبالتالي انخفض الدعم الاجتماعي.
- من جهة أخرى فإن شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد الذي ينتمي لمستوى تعليمي واقتصادي منخفض، تكون اقل تنوعاً مقارنة بالشبكة الاجتماعية لفرد ذو مستوى اقتصادي وتعليمي مرتفع والذي نرى أن شبكة علاقات الاجتماعية تتصف بالتنوع.

يعتبر الدعم الاجتماعي عملية ديناميكية dynamic process لأن الناس جميعهم بحاجة للدعم، وعليهم تقديمه للآخرين حين الحاجة، وهكذا فالدعم عملية حركية مستمرة لأننا نتلقى الدعم حين نحتاجه، ونقدمه لآخرين حين يحتاجونه. ولكن هناك عدة عوامل تؤثر في تلقي الفرد للدعم أو تقديمه للآخرين حين الحاجة. ومن أبرز هذه العوامل مزاج الشخص نفسه person temperament ، فالأفراد يختلفون فيما بينهم من حين حاجتهم للتواصل والعلاقات واهتمامهم بها ، كما يختلفون من حين سعيهم للمودة والألفة. فالذين يسعون لتكوين علاقات وتواصل مع الآخرين هم أكثر سعياً لتقديم الدعم الاجتماعي لهم حين يحتاجونه، كما أنه أكثر تقبلاً للدعم حين يحتاجه، وذلك بالمقارنة مع الذين لا يسعون لتكوين علاقات اجتماعية، ويتصفون بضحالة التواصل الاجتماعي. ويجب الإشارة إلى أن هذه النزعة مرتبطة بخبرات الشخص، فالأطفال الذين تلقوا رعاية جيدة ومودة من أسرهم، كما أن لهم علاقات اجتماعية جيدة مع أقرانهم فإنهم سيتعلمون المهارات الاجتماعية اللازمة ومنها مساعدة الآخرين وتلقي مثل هذه المساعدة حين الحاجة. لقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن الناس الذين تعاملوا جيداً مع الأحداث الضاغطة والأزمات الاجتماعية في حياتهم تميزوا بأنهم "أكثر جاذبية attractive واحتراماً regarded من قبل الآخرين، وأقل ميلاً للانسحاب وتجنب المواقف الضاغطة" مقارنة بأقرانهم الذين لم يتعاملوا جيداً مع أحداثهم الضاغطة. إن مثل هذه النتيجة مثيرة للاهتمام كثيراً، لأنها تبين أن" الأشخاص الذين هم بحاجة ماسة للدعم الاجتماعي، قد يكونوا أقل ميلاً لتلقي مثل هذا الدعم من الآخرين".

إن الجهود من أجل تحسين قدرة الفرد على تلقي الدعم الاجتماعي وتقديمه للآخرين حين الحاجة يبدأ منذ مرحلة مبكرة من الطفولة، وخاصة في سنوات المدرسة الابتدائية. وتعتبر إجراءات المعلم التي يشجع فيها الأطفال على العمل التعاوني واللعب المشترك، بداية لنمو التواصل والتفاعل الاجتماعي. ويمكن للمعلم أن يشجع السلوك الاجتماعي الإيجابي لدى طلابه حين يطلب منهم أن يقرأوا قصة معينة لطلاب الصف، وحين يطلب منهم أن يلعبوا ألعاباً مناسبة، أو تمثيل أدوار اجتماعية في القصة. ويمكن لمعلمين استعمال هذه الطرق لدى المراهقين في مرحلتي التعليم المتوسط والثانوي.

أما في مرحلة الرشد فيمكن تطوير قدرات الفرد الاجتماعية على تلقي الدعم الاجتماعي وتقديمه للآخرين من خلال الانضمام لجماعات اجتماعية معينة أو مؤسسة اجتماعية ما، كالمؤسسات الدينية، أو نادي معين سواء كان ثقافي أو رياضي، أو ما يسمى جماعات المساعدة الذاتية self –help group. إن لمثل هذه المؤسسات أو التنظيمات الاجتماعية دوراً مهما وفائدة كبيرة لأنها تتيح للأفراد الذين يمرون بضغوط نفسية أو مشكلات معينة متشابهة أن يتبادلوا الأحاديث حولها، وبالتالي يتشاركوا التواصل الاجتماعي حولها، بما يتيح لكل منهم أن يقدم دعماً اجتماعاً للآخر، وأن يتلقى هو مثل هذا الدعم، من هنا تحتل الصداقة مكانة مهمة في هذا السياق. وتشبه جماعات المساعدة الذاتية ما نعيشه اليوم في حياتنا حين يجتمع عدداً من الأصدقاء أو المعارف، ويقومون بإنشاء ما يسمى "جمعية" يدفع كل منهم مبلغاً معيناً، ويأخذها الشخص الذي يحتاجها، وذلك لفترة زمنية معينة. فهذا النوع من العمل الجماعي، يدخل في سياق الدعم الاجتماعي العيني أو الو سيلي لأنه يتضمن تقديم معونة مادية للشخص. ففي الولايات المتحدة الأمريكية وغيرها من الدول المتقدم، تم تشكيل جمعيات لفئات مختلفة من الناس (مثل جمعية المسنين، جمعية المرضى المزمنين، جمعية المعاقين، جمعية المدمنين، جمعية مرضى الإيدز) لتقديم مختلف أنواع الدعم التي يحتاجونها (Moos, & Billing,1981).

يمكن للمجموعات الاجتماعية داخل كل مجتمع أو بلد أن تلعب دوراً مهماً في تحسين مصادر الدعم الاجتماعي لدى الناس من خلال إنشاء برامج تقدم لمساعدة الأفراد في تطوير شبكة علاقاتهم الاجتماعية وتطويرها. ويمكن تطوير الدعم الاجتماعي من خلال جلسات العمل وفي بيئة العمل التي يشتغل فيها الشخص. ويمكن للعمال أن يعملوا ذلك بطرق عديدة منها: تنظيم العمل على شكل مجموعات أو فرقاء عمل وتقديم تسهيلات لهم بحيث يتاح لكل منهم أن يقدم شيئاً ما أثناء تناول الغداء مثلاً، فيمكن لمجموعة معينة أن يقوم كل شخص فيها بتحضير شيء ما، ثم يتم تبادل للأدوار بحيث، والأمر نفسه بالنسبة لقيام بمهمة معينة في العمل بحيث تكون محصلة التعاون تسهيل إنجاز المهمة من خلال العمل المشترك.

حين يقوم الأفراد بذلك سيتعلمون السلوك الاجتماعي والمهارات الاجتماعية ، مما يشجعهم على ممارستها في عطلة نهاية الأسبوع، بحيث نرى بعضهم يتفق على القيام بنشاط جماعي معين، بعدها يتم تعميم هذا السلوك إلى حياتهم اليومية والشخصية لنرى تبادل تقديم الدعم الاجتماعي فيما بينهم بأشكاله المختلفة (دعم مادي، تقديم معلومات، دعم تقدير الذات، دعم انفعالي..).

2) تحسين التحكم الذاتي لدى الشخص وتطويره improvingones personal control:

الشخص الذي يمر بأحداث ضاغطة أو ضغوط نفسية شديدة ويرى أنه لا يستطيع التحكم بها، فإنه قد يقف عن المحاولة فيقول بينه وبين نفسه "أوه وما الفائدة، ماذا يمكننا أن نفعل" وبذلك يسطر عليه مشاعر اليأس والعجز، ويخاف أن محاولاته المقبلة ستؤدي إلى الفشل حتماً، وذلك عكس الشخص الذي يملك تحكماً بالأحداث والضغوط التي يمر بها، فيسيطر عليه التفاؤل، والقوة والمقدرة. فالشخص الذي يعجز عن التحكم يحتاج إلى مساعدة نفسية تنمي لديه ما يسمى الفعالية الذاتية وخفض مشاعر اليأس، والتشاؤم، والعجز لديه.

كيف يمكن تنمية شعور الناس بالقدرة على التحكم الذاتي؟ إن تنمية إحساس الفرد بقدرته على التحكم الذاتي، تبدأ منذ الصغر حين يكون طفلاً، وذلك من خلال والديه، ومعلميه، والقائمين على رعايته والذين يظهرون له مشاعر الحب والاحترام، والمودة، لأنها تعتبر بمثابة بيئة مثيرة تنمي لديه القدرة على العمل، والأداء، والكفاءة. وحين يواجه هذا الطفل تحديات أو مواقف بمثابة تحدي له، فإنه يسعى جاهداً لبلوغ الهدف، كما أن المحاولات المستمرة التي يقوم بها، تنمي لديه الشعور بالقوة، والتحكم، من هنا يجب أن نضع الأطفال أمام مواقف تحدي أو متطلبات عليهم تخطيها وبدون أن نقدم لهم مساعدة، لأننا حين نقدم لهم المساعدة كأننا ننجز العمل عنهم، وبالتالي سيضعف لديهم الحس بالقدرة والكفاءة، وقد شدد عالم النفس المشهور سيلغمان على أن تطوير الكفاءة الذاتية لدى الطفل، تنمي لديه الشعور بالتفاؤل، والأمل.

في مرحلة الرشد، يمكننا تنمية القدرة على التحكم الذاتي لدى الراشد من خلال العمل، وبيئة العمل لديه، كأن نكلف الفرد القيام بعمل معين، أو مهمة تتطلب منه اتخاذ قرار فيها، أو معضلة تتطلب حلاً. كأن نطلب من العامل أن يقدم لنا حلا عن طرق تطوير الإنتاج أو تحسين جودته. والأمر نفسه بالنسبة للمسن في دار الرعاية أو في المنزل، يمكن أن نكلفه القيام بمهمات معنية مناسبة له ويستطيع فيها أن يتحمل المسؤولية، كإعداد وجبة غداء، أو طبخ، أو القيام بنشاط اجتماعي معين. ولأن التحكم الذاتي هو جوهر العمل الجاد والمقدرة، يجب أن نشجع الأفراد على العمل الجاد والذي ينطوي على تحدي لهم بما يساعد في تحسين صحتهم عموماً (Kobasa,1986).

3) تنظيم عالم الفرد وتحسينه organizing ones world:

" أين وضعت المفاتيح؟" عبارة يتكرر ترددها على السنتنا أو على ألسنة آخرين نتصل بهم يومياً. لقد مررت أو سمعت بشخص لديه موعداً مهماً ويسعى مسرعاً إليه حتى لا يتأخر عنه. إن معظم الناس يختبرون ضغوطاً نفسية لأنهم يتعجلون ويشعرون بأن ليس لديهم الوقت الكافي لإنجاز مهماتهم اليومية. إنهم بحاجة إلى تنظيم عالمهم الخاص من أجل أن تحدث الأشياء كما يجب وبانتظام. فالالتزام بموعد مهم، والقيام بعمل ضروري في وقته، ووضع الأشياء في موضعها الصحيح، كلها أمثلة عما يجب أن يتم تنظيمه جيداً حتى ينجز بفعالية وبدون التعرض للتوتر والضغط. إن تنظيم عالم الشخص يمنع حدوث الإحباط والضغط النفسي. والطريقة الجيدة والمفيدة في هذا الشأن هي إتباع ما نسميه إدارة الوقت أو تدبره time management، ويتضمن هذا الإجراء ثلاثة عناصر أساسية:

1) وضع الأهداف set goals: وتشتمل على الأهداف طويلة المدى كالحصول على عمل في السنة المقبلة، أو التحضير للسفر من أجل إنجاز عمل بعد أشهر، وأهداف قصيرة المدى كمتابعة مهمات أو أعمال خلال الأسبوع.
2) تحديد ما يجب عمله أو وضع قائمة بالأعمال والمواعيد التي يجب القيام بها، بحيث تجعلك متذكراً باستمرار ما عليك القيام به، ويمكن تدوين هذه الأعمال والمواعيد أو تخزينها في ذاكرتك، ويتم هذا بالنسبة لما يجب القيام به كل يوم.

3) وضع جدول يومي أو مفكرة تتضمن ما يجب إنجازه في الموعد المحدد من اليوم. وإذا حدث وظهرت مهمة أو موعد مفاجئ لم يدون في المفكرة، فيجب إدخاله فيها ولذلك على المفكرة أن تكون مرنة بحيث يمكن أن ندون أو ندخل فيها ما يجب القيام به من مهمات مفاجئة أو طارئة.

وبشكل عام نقول هناك عدد من المبادئ الخاصة بإدارة الوقت ، يجب التقيد بها:

1. حدد أهدافك في الحياة: عليك أن تحدد القيم، والأنشطة، والمهمات في حياتك، لأنها بمثابة خريطة الطريق التي توجهك في حياتك وتنظم وقتك، ويفضل تقسيم هذه الأهداف إلى طويلة الأجل (بعيدة)، وقصيرة الأجل (آنية).
2. رتب أولوياتك: يمكن ترتيب أولوية الأنشطة أو الأهداف من حيث أهميتها. فهناك قاعدة شهيرة تقول، أنك إذا بذلت 20٪ من جهدك، فستحصل على 80٪ من نتيجة العمل التي تمثل المكافأة أو التعزيز، أما إذا بذلت 80٪ من جهدك، فستحصل على 20٪ من تلك المكافأة أو التعزيز، ومن ثم يجب عليك تحديد أولوياتك بالنسبة لكل ما ستقوم له من أنشطة أو أهداف ذكرتها في الفقرة السابقة (1).
3. خطط لحياتك وقم بكتابة ذلك: فهناك مفهوم خاطئ يزيد من الوقت المخصص لإتمام أية مهمة. فالدقائق القليلة التي تقضى للتخطيط سيتم توفير أضعافها لاحقاً، وعليك استخدام دفتر لتدوين المهمات التي عليك القيام بها، وتخطط لتنفيذها.
4. عليك تفويض بعض المهمات للآخرين: إن الاعتقاد بأنه يجب القيام بكل شيء بأنفسنا من أهم مصادر الضغوط النفسية، لذلك يجب إلقاء نظرة على جدول الأعمال وتحديد المهمات التي يمكن توكيلها للآخرين.
5. حدد نظاماً لحياتك: لأن الفوضى وعدم التنظيم يجعلنا نقوم بمهمات غير مهمة أو تأخذ من وقتنا كثيراً مما يجعلنا نمر بالإحباط. فالتنظيم مهم وفق القاعدة التالية: "مكان لكل شيء، ويكون كل شيء في مكانه".

6. تجنب تسويف الأمور: فتأجيل عمل اليوم إلى الغد تؤدي إلى تراكم الأعمال في الحياة.
7. اترك فراغات في جدول أعمالك: لا تملأ جدول أعمالك أو المفكرة بالكامل، بل اترك بعض الفراغات فيها، حتى إذا ظهر عمل أو نشاط أو مهمة طارئة يجب تنفيذها، يمكن أن تدونها في لتنجزها في وقتها.
8. تنظيم الوقت لقيام بشيء واحد في كل مرة: لا يجور القيام بعدة مهمات أو أشياء في وقت واحد.
9. حدد أفضل وقت للعمل: عليك أن تحدد الوقت المناسب لك للقيام بمهماتك، فمعظم الناس يرغبون إنجاز مهامهم منذ الصباح، ويتضاءل تدريجياً الإنجاز بحلو الغداء، وذلك مع التضاؤل التدريجي للجهد واستنفاذ الطاقة. ولذلك خطط لتنفيذ مهامك الأقل أهمية في الأوقات التي تقل فيها مستويات الطاقة لديك.
10. تجنب المثالية: إذا ردت أن تنجز كل شيء بالتمام وبصورة مثالية نموذجية، ستجد من الصعب عليك تغيير سرعتك حسب الأولويات، لأن الشخص المثالي يهتم بالتفصيلات، ولايهتم بالأمور العامة.
11. يجب إيجاد التوازن في الحياة: يجب أن تنوع في الأنشطة والمهمات في حياتك، وتوزعها بشكل متوازن بين العمل، والمنزل، ووقت الفراغ، والنشاط البدني، والنشاط الذهني (عبدالله،2006).

4) التمارين البدنية وعلاقتها بالضغط النفسي والصحة:

نسمع كل يوم في الراديو، ونرى في التلفاز، ونقرأ في الصحف، تقارير تفيد بأن للتمارين البدنية والرياضة دوراً مهماً خفض الضغوط النفسية وتأثيرها على الصحة. وتشتمل هذه التقرير على قوائم تبين أن ممارسة الرياضة، والتمرينات الحركية أو البدنية ذات تأثير إيجابي ليس فقط على الصحة الجسمية (البدن) بل وعلى الصحة النفسية والعقلية أيضاً لأنها تخفض الضغوط القلق، والعدائية، والكآبة، والتوتر. والسؤال هو هل يمكن للتمرينات الحركية والبدنية أن تخفض من

إمكانية حدوث الضغوط النفسية وأثرها السلبي على الصحة؟ لقد حاولت العديد من الدراسات الإجابة عن هذا التساؤل مستخدمة طرائق البحث الارتباطية والاسترجاعية ، وأظهرت أن الناس الذين يمارسون التمرينات البدنية أقل قلقاً، وكآبة وأقل تعرضاً للضغوط النفسية من الذين لا يمارسونها (Brehem& Abele,1993). وبالرغم من اتفاق هذه النتيجة مع ما هو معروف عن أهمية التمرينات البدنية أو الرياضة وتأثيرها الإيجابي في خفض الضغوط النفسية والانفعالات السلبية، إلا أن هناك معضلتين في تفسيرها: الأولى هي أن بعض الدلائل قد أشارت إلى أن جزءاً من انخفاض الضغط النفسي والانفعالات السلبية، ربما يعزى إلى توقعات الشخص ومعتقداته حول أهمية الرياضة، وان هذه المعتقدات هي التي أدت إلى خفض الشعور بالضغط النفسي والانفعالات السلبية. وهذا يعني أن السبب المباشر لانخفاض مستوى الضغط الذي يشعر به الفرد ليس ممارسة التمرينات البدنية بحد ذاتها بل معتقداته عن دورها الإيجابي والصحي.والمعضلة الثانية، هي أن نتائج الدراسات الارتباطية قد أثبتت وجود علاقة بين ممارسة التمرينات البدنية والضغوط النفسية ولكنها لم تحدد ما إذا كانت التمرينات هي السبب وراء خفض الضغوط وتحسين الصحة. ومن المعروف أن البحوث الارتباطية تدرس العلاقة وقوتها فقط، ولكنها لا تبحث أيها السبب وأيها النتيجة. و بالتالي ربما لا يكون سبب خفض الضغط هو ممارسة التمرينات. من هنا يجب أن نجيب عن التساؤلات التالية: "هل التمرينات البدنية هي السبب وراء خفض الشعور بالضغوط النفسية؟" ، "وهل الأفراد الأكثر ممارسة للتمرينات البدنية هم أقل شعوراً بالضغوط النفسية والقلق، وضيق الوقت في حياتهم اليومية؟"، "وهل هناك عوامل أخرى قد تتدخل في هذه العلاقة السببية ؟". إن هذه الأسئلة لا يمكن الإجابة عنها باستخدام طرق البحث الارتباطية والاسترجاعية. ولحسن الحظ توجد دلائل قوية تثبت الفوائد التي تقدمها التمرينات والرياضة في خفض التوتر والضغط، والقلق وبالتالي تحسين الصحة.

في دراسة تجريبية قام بها غولدوتر وكواليس (Goldwater&Collis,1985) درسا فيها أثر التمرينات البدنية على عمل الجهاز القلبي الوعائي ومشاعر القلق لدى عينة من الرجال تتراوح أعمارهم بين 19– 30 سنة وقد تم اختيارهم عشوائياً وقسموا إلى مجموعتين: الأولى، خضعت لبرامج تمرينات رياضية وحركية جيدة ومنتظمة يومياً وبمعدل خمس ساعات في الأسبوع مثل السباحة، والجري و الكرة وغيرها، أما المجموعة الثانية فخضعت لبرامج تدريبية متوسطة أو قليلة فقط. وقد تم إجراء فحص لعمل الجهاز الوعائي للقلب، ومعدل القلق وذلك قبل التمرينات وبعدها، تبين أن أفراد المجموعة الأولى أوفر حظاً من الناحية الصحية (الجسمية والنفسية) حيث كان عمل الجهاز الوعائي للقلب، منظماً ومعدل القلق انخفض لديهم مقارنة بأفراد المجموعة الثانية. وهناك دراسات أخرى توصلت إلى نفس النتيجة حول تأثير التمرينات الرياضية والحركية في خفض الضغوط النفسية وتحسين الصحة.

وهناك دراسات أخرى هدفت إلى استقصاء أثر التمرينات الرياضية والحركية على كل من ضغط الدم ومعدل ضربات القلب. وهنا أيضاً تم استخدام طريقة البحث الإرتباطية، وتبين أن الأشخاص الذين يمارسون التمرينات البدنية كانوا أقل تعرضاً لردود فعل الجهاز القلبي الوعائي الناتج عن الضغط النفسي، كما كانوا أقل تعرضاً لضغط الدم مقارنة بالأفراد الذين لم يمارسوا هذه التمرينات. ولكن إحدى الدراسات استخدمت طريقة البحث التجريبية من أجل كشف العلاقة السببية (أيهما السبب وأيهما النتيجة)، وذلك على عينة من الشباب الأصحاء الذين تتراوح أعمارهم بين (19– 27 سنة)، والذين لم يمارسوا أعمالاً خطيرة، ولم تظهر لديهم علامات ردود الفعل الجسمية خلال السنة الأخيرة من التجربة. وبعد أربعة أشهر، قضا المفحوصون مدة شهر كامل في ممارسة واحدة من الأنشطة الأربعة التالية حيث وزعت المجموعات وفقاً لها:

1. نشاط (أو تمرين) ثانوي منتظم.
2. نشاط منتظم دون العادي والذي تضمن أسبوعين من الاستراحة في المستشفى.
3. نشاط منظم عالي المستوى والذي تضمن نشاطاً عادياً إضافة إلى ثلاث جلسات من التمرينات المتنوعة أسبوعياً.

4. نشاط منتظم ومتنوع التمارين، يتضمن الأنشطة العادية (التي تشبه السابقة) ولكن اضيف إليها تمرينات متنوعة يومية بدلاً من أسبوعية. وقد امتدت فترة كل تمرين أو نشاط (40) دقيقة، ثم تم قياس مع

5. دل ضغط الدم، وضربات القلب بعد شهر من ممارسة هذه التمرينات. وحين قدم المفحوصون إلى المختبر من أجل هذه الفحوصات، أخذوا فترة استراحة قبل البدء بمستوى النشاط التالي. وبالمقارنة بين المعطيات التي الحصول عليها من النشاط والتمرينات ثانوية المستوى (المجموعة 1)، كان هناك نوعين من التمرينات (هما المجموعتين الثالثة والرابعة) التي خفضت معدل ضربات القلب 12٪ ، كما انخفض معدل ضغط الدم الانقباضي والانبساطي بنسبة 8٪، في حين لم يظهر أي تغير لدى المجموعة التي تلقت مستوى النشاط دون العادي (المجموعة 2) وقد أظهرت دراسات أخرى النتائج نفسها على عينات من المتقدمين بالسن.

والسؤال الذي يواجهنا الآن هو التالي: هل يمكن للتمرينات الحركية أو البدنية أن تقي الناس من الأمراض الناتجة عن الضغوط النفسية؟ هناك دراستين كانت نتائجهما موجبة، حيث أظهرت أن التمرينات البدنية تقي الناس من الأمراض التي تنتج عن الضغوط.واحدة من هاتين الدراستين استعملت طريقة البحث الاسترجاعية على عينة من الرجال الذين عانوا من ضغوط نفسية متوسطة وشديدة خلال السنوات الثلاث الأخيرة. لقد تبين أن الذين كانوا يمارسون تمرينات منتظمة أظهروا درجات منخفضة جداً في الأعراض المرضية التي ينتجها الضغط النفسي، وذلك على العكس من الذين لم يمارسوا مثل هذه التمرينات البدنية فقد أظهروا درجات عالية من الأعراض المرضية. أمتا الدراسة الثانية فقد استخدمت طريقة البحث الاستقبالية، والتي تتبعت ممارستهم للتمرينات ونمط حياتهم، مع قياس الأمراض التي تعرضوا لها وذلك خلال تسعة أسابيع. وقد تبين أن الذين حصلوا على درجات عالية من الضغط النفسي كانت صحتهم أسوأ من أقرانهم، فالضغط كان له تأثير سلبي على الصحة.

ويمكننا تلخيص فوائد التدريبات البدنية في خفض الضغوط وتحسين الصحة، بما يلي:

1. تعد ممارسة التدريبات الرياضية طريقة فعالة للتخلص من التوتر العضلي وتراكم الأدرينالين، حيث يتراكم الأدرينالين بكثرة نتيجة المعاناة من الضغط والتوتر الشديدين. وبذلك فإن ممارسة الرياضة أو التدريبات البدنية تحافظ على سلامة الدورة الدموية، وتقلل مكن ارتفاع ضغط الدم، كما تعمل على تقوية الجهاز المناعي للجسم في مواجهته للأمراض المختلفة.
2. تحسن الرياضة من الحالة المزاجية للشخص وصورته أمام نفسه وشكله وتحكمه بوزنه. كما أنها فعالة في تخليص الذهن من الأفكار المثيرة للتوتر والقلق. فيتم أثناء ممارسة التدريبات إفراد هرمونات داخل الجسم مثل الاندومورفين Endomorrphines والتي تعد بمثابة مضادات طبيعية للاكتئاب، كما أنها تحسن من الحالة المزاجية للشخص.
3. يفضل تخصيص 20 – 30 دقيقة للتدريب مرتين أو ثلاث كل أسبوع، على أن تتمهل في البداية ثم تزيد فيما بعد. ويجب أن يتضمن التدريب البدني المثالي الجوانب التالية: القوة والمرونة، والتحمل. وتعد الحركات الإيقاعية البسيطة كالسباحة، وركوب الدراجة، والمشي، من افضل أنواع التدريبات الرياضية الشاملة.
4. يعد معدل ضربات القلب أفضل مقياس للياقة الجسم. فأغلب لاعبي القوى العالميين يكون معدل ضربات القلب لديهم في وقت عدم ممارستهم لأي نشاط 40 نبضة فقط في الدقيقة، وعلى العكس من ذلك، من الممكن أن يتراوح معدل ضربات القلب للشخص الذي ليست لديه لياقة جيدة في وقت عدم ممارسته لأي نشاط. من 90– 100 نبضة في الدقيقة . وهناك مؤشر آخر لصحة القلب وهو السرعة التي يعود عندها معدل ضربات القلب إلى الوضع الطبيعي بعد ممارسة أحد التمرينات العنيفة أو القاسية.

5. الاستعداد لأحداث الحياة الضاغطة preparing for stressful events :

لقد تحدثنا في هذا الفصل وفي سابقه أيضاً، عن عدد كبير من أحداث الحياة الضاغطة ومصادرها، بدءاً من المضايقات والمنغصات اليومية كحركة السير، والمشادات الكلامية مع الآخرين، وفي المدرسة مروراً بضغوط العمل ، وانتهاء بضغوط شديدة كالطلاق، والتعرض لمرض خطير. ويمكننا خفض إمكانية (ركاز) الضغط النفسي، عن طريق الإعداد لهذه الأحداث. مثلاً، يمكن للوالدين أن يساعدا الطفل الذي سيدخل الروضة أو أول يوم بالمدرسة، عن طريق الذهاب معه لرؤيتها والتعرف على موقعها وأفرادها من معلمين ومشرفين، واللعب معه بعض الوقت (Sarafino,2001).

يعتبر عالم النفس المشهور جينس إيرنغ (Janis Iring,1958)، من الباحثين الرواد الذين درسوا طرق إعداد الناس للأحداث الضاغطة. ففي إحدى دراساته، بين أن المرضى الذين يعانون من مستويات متوسطة من القلق قبل إجراء العملية الجراحية لهم، قد اظهروا تكيفاً أفضل بعد العملية من أقرانهم الذين كانت معدلات القلق لديهم مرتفعة أو منخفضة. وانطلاقاً من هذه النتيجة فقد افترض (ايرينغ) أن درجة من الهم worry أو القلق anxiety حول الحدث الضاغط يعتبر أمراً ضرورياً وحالة تكيفية سوية، لأنه بمثابة محرض أو دافع يدفعنا للتعامل مع هذا الحدث ومواجهته، وقد سمى هذه الحالة (أو المستوى من الهم أو القلق) باسم "عمل الهم" the work of worrying، وقد وصف ثلاث مراحل لهذه العملية أو الحالة:

1. في المرحلة الأولى يتلقى الفرد معلومات عن الحدث الضاغط، مما يثير لديه القلق.
2. في المرحلة الثانية، يقوم ببناء توقعات وتصورات عن طريق استعادة الحدث على المستوى الذهني أو العقلي.

3. في المرحلة الثالثة والأخيرة، يحشد الفرد إمكانيات التعامل واستراتيجياتها ومهاراتها لديه من أجل أن يطمأن نفسه حول نتائج الحدث الضاغط.

إن المرضى الذين لديهم مستويات منخفضة من القلق أو الهم، ليس لديهم دافعية كافية من أجل إتمام العملية، والذين لديهم مستويات مرتفعة منها تعرضوا للتشويه والتحريف الذي فقد من إمكانيتهم على المواجهة والتعامل بسبب الخوف الذي يعانونه. وقد أثبتت نتائج بعض الدراسات فرضية (إيرنغ) هذه،وخاصة الدراسات التي أظهرت أن المستويات المنخفضة من القلق لا تتيح لفرد النجاح في التعامل مع الشفاء من العمل الجراحي والتكيف معه ومواجهته. والذي يمكن استنتاجه من هذه الدراسات أنه كلما زاد الخوف لدى المرضى قبل العمل الجراحي preoperative، كلما ساء تكيفهم وتعاملهم بعد العمل الجراحي postoperative فالنتائج والآثار التي تحدث بعد العملية الجراحية قد أظهرت أن هؤلاء المرضى الذين كان خوفهم مرتفعاً، يعانون من:

- شكوى ومعاناة مستمرة من الألم.
- زيادة في تناول كمية الأدوية المسكنة للألم.
- زيادة في أعراض القلق والاكتئاب .
- طول فترة البقاء بالمستشفى بعد العملية.

إن هذه النتائج السلبية التي يعانيها المريض بعد العملية الجراحية لدى المرضى ذوي الخوف والقلق المرتفع ، تفترض أنه يجب مساعدة المرضى من أجل التعامل حالتهم بعد العملية الجراحية والتكيف معها حين الشفاء.

هناك دراسات متعددة أجريت بهدف التعرف على أفضل الطرق أكثرها فعالية في إعداد الأفراد نفسياً للتكيف بعد العمليات الجراحية. وبعضها بحث فعالية طريقة العلاج النفس المختصر briefpsychotherapy والتي يعبر فيها الفرد عن قلقه وهمه، ثم يتلقى الدعم الاجتماعي الانفعالي وإعادة الطمأنة. إلا أن فعالية هذه الطريقة ليست واضحة تماماً، من هنا فقد تم دراسة فعالية طرق أخرى

مثل التنويم المغناطيسي hypnosis مثل إعطاء المريض بعض الإيحاءات أثناء تنويمه، بما يخفض من شعوره بالألم بعد الجراحة، وتعتبر هذه الطريقة مفيدة وفعالة خاصة بالنسبة للمرضى القابلين للإحياء، ولكننا مازلنا بحاجة إلى دراسة متى وكيف يتم تطبيق هذه الطريقة بالشكل الأمثل (Barber,1986).

ومن بين الطرق الفعالة في إعداد الأفراد للضغوط النفسية الناتجة عن العمل الجراحي، تلك التي تهدف إلى تحسين مشاعر المريض وقدرته على التحكم feeling ofcontrol. ففي إحدى الدراسات تم تطبيق طريقة تحسين قدرة المريض على التحكم السلوكي behavioral control عن طريق تعليمه كيف يخفض من مشاعر الضيق والألم، وتعزيز إعادة تأهيله من خلال مهمات معينة، كالقيام بتمرينات لأعضاء جسمه كالأطراف، وتمرينات للتنفس، وغيرها. ومن الطرق الأخرى التي تم دراستها تحسين قدرة المريض على التحكم المعرفي cognitivecontrol عن طريق تعليم المريض وتدريبه على تركيز انتباهه وتفكيره في الجوانب الإيجابية، والمظاهر السارة، والنتائج المفيدة التي ستنتج عن العملية الجراحية. وهناك طريقة أخرى تم بحثها وهي التحكم بالمعلومات informationalcontrol وفيها تقدم للمريض معلومات عن الأحاسيس والمشاعر، والإجراءات التي سيخبرها قبل وبعد العملية الجراحية. إن كل واحدة من طرق التحكم هذه ، تساعد في تحسين تكيف المرضى، وتعليمهم مهارات التعامل الجيد مع الضغط النفسي الذي تولده العمليات الجراحية.

**خامساً: خفض ردود فعل الضغط النفسي:**

1) "إرشاد حالات الضغط النفسي وإدارته".

يكتسب الناس مهارات التعامل من خلال خبراتهم وتجاربهم اليومية، والتي تتضمن استراتيجيات قاموا بمحاولتها سابقاً، وطرق شاهدوها لدى الآخرين. ولكن أحياناً، المهارات التي تعلموها قد لا تكون مناسبة أو فعالة بالنسبة للضغوط التي يمرون بها، إما بسبب شدة الضغط النفسي وخطورة الحدث الذي يخبرونه، أو لأنه لايلين وعصي على التعامل. ففي بعض الحالات، تفيد بعض الطرق التي تعلموها في خفض آثار بعض الضغوط النفسية لفترة وجيزة فقط، إلا أنها تكون ذات آثار

خطيرة على المدى الطويل (مثل تناول العقاقير، والكحول). فطرق التعامل هذه يمكن أن تطبق لدى بعض الأفراد الذين تكون ضغوطهم النفسية عالية لأنه ينقصهم الدعم الاجتماعي، والتحكم الذاتي، إلا أن مشكلات التعامل تحدث لدى أفراد يعانون من ضغوط نفسية بسيطة أيضاً. فحين يعجز الأفراد عن التعامل بفعالية مع الحدث الضاغط، فإنهم بحاجة إلى مساعدة لتعلم طرق تكيفية جديدة لتدبر مثل هذا الضغط النفسي.

وهناك تقنيات متعددة متاحة لمساعدة الفرد على تدبر الضغط النفسي وإدارته. إن تقنيات تدبر الضغط هي فنيات نفسية سلوكية، ولكن بعضها دوائياً أيضاً تستخدم تحت إشراف طبي.

2) العلاج الدوائي:

هناك أنواع كثيرة من العقاقير التي يمكن للأطباء أن يوصفوها لمرضاهم تساعد في تدبر الضغط وخفضه، ولكننا سنركز على اثنين منها هما: البنزوديازيبان benzodiazepines وصادات بيتا beta – blockers، ويمكن لهذين العقارين أن يخفضا التنبه العضوي أو الإثارة الفيسيولوجية، ومشاعر القلق لدى الشخص. فالبنزوديازيبان، والذي يشتمل على عقاقير أو أدوية تسمى تجاريا: فاليوم Valium، وليبريوم Librium، تعمل على تنشيط النواقل العصبية التي تخفض من النقل العصبي الحيادي أو الكامن في الجهاز العصبي المركزي. أما صادات بيتا مثل الإنديرال Inderal فتعمل على صد أو منع نشاط العصبونات الذاتية أو المستقلة (الخلايا العصبية المتواجدة في الجهاز العصبي المستقل) في الجهاز العصبي المحيطي، والت يتم تحرضها كثيراً بسبب إفراد الأدرينالين والنور أدرينالين (البنفرين، و النورابنفرين). إلا أن صادات بيتا لاتسبب النعاس والخمول بنفس الدرجة التي تسببها عقاقير البنزوديازيان، وذلك لأن تأثيرها يكون في الجهاز العصبي المحيطي، وليس في الجهاز العصبي المركزي. ويتم استعمال هذه الأدوية خلال الأزمات الحادة، مثل التي تحدث بعد وفاة عزيز، أو حين يتعلم المريض طرق نفسية وسلوكية من أجل التعامل مع مثل هذه الأزمات. ومع ذلك هناك الكثير من الناس يتناولون هذه الأدوية بسبب تأثيرها طويل الأمد في خفض الضغوط والانفعالات السلبية.

3) طرق العلاج السلوكية والمعرفية:

لقد طور علماء النفس العديد من الفنيات أو الطرق التي يمكن أن يتعلما الناس من أجل التعامل مع الضغوط النفسية والأزمات، بعضه يركز على الأسرة بشكل رئيسي، وبعضها الآخر يركز على تفكير الشخص. وقد ثبت فعالية هذه الطرق. ومن أبرزها، الاسترخاء وخفض الحساسية المنظم، والتغذية الراجعة الحيوية، والنمذجة أو الإقتداء، والتقنيات المعرفية.

3- 1- الاسترخاء وخفض الحساسية التدريجي والمنظم:

يعتبر الاسترخاء relaxation عكس التنبه أو الإثارة arousal ، وبذلك يعتبر الاسترخاء طريقة جيدة من أجل خفض التوتر والضغط النفسي، "هذا ممكن". ولكن ربما تقول" حين يظهر الضغط، فإن قول الاسترخاء أسهل من ممارسته". فحين نمر بحدث ضاغط وتوتر، يكون القول أسهل من الفعل فيما يتعلق بممارسة الاسترخاء وتطبيقه. ولكن في الحقيقة الأمر ليس كذلك دوماً، فالاسترخاء يمكن تطبيقه بسهولة إذا كنا نعرف تطبيقه، حين نتعرض لضغط وتوتر، فممارسة الاسترخاء ليس أمراً صعباً إذا كنا متدربين على تنفيذه بشكل جيد. ومن التقنيات التي يمكن تعلمها بهدف التحكم بالمشاعر السلبية والتوتر والضغط هي ما نسميه "الاسترخاء العضلي التصاعدي progressive muscle relaxation" ويسمى أحيانا اختصاراً "بالاسترخاء التصاعدي" والذي يتعلم فيها الشخص أن يركز انتباهه على مجموعة من عضلات جسمه بشكل متناوب، بحيث يطبق عليها الشد (التوتر)، والاسترخاء (الراحة)، ويقوم بمقارنة ذهنية لكلا الحالتين.

إن الفرضية التي تستند إليها هذه التقنية، هي أن تعليم الفرد كيفية تطبيق الاسترخاء على عضلات جسمه، تساعد على خفض أو تقليص معدل الضغط النفسي الذي يعاني منه، ويعتبر عالم النفس الفيسيولوجي أيدمون جاكبسون (Edmund Jacbson,1938)، رائد هذه التقنية في العلاج النفسي. فقد طور أداة لقياس معدل النشاط الكهربائي في ألياف العضلات. وباستعمال هذه الأداة، فقد وجد أن المفحوصين يمكنهم أن يخفضوا معدل التوتر في هذه العضلات بمجرد أن ندربهم على " شدها، واسترخائها" ، ثم وجد أن توتر العضلة يمكن خفضه أكثر إذا تعلم المفحوص أو المتدرب أن يركز انتباهه على أحاسيسه ومشاعره حيال عملتي الشد (التوتر) والاسترخاء (الراحة)، بالنسبة لكل عضلة من عضلات جسمه. وقد اكتشف علماء النفس أن الأسباب التي تجعل استرخاء العضلات تخفض من الضغط النفسي، هي أن هذه التقنية تعمل على تنبيه وتحريض الأفكار السارة لدى الشخص (Peveler & Johnston,1986 ).

ومع أن هناك عدة أنوع لتقنية التدريب على الاسترخاء التصاعدي، إلا أنها جميعها تحدث نفس النتائج والآثار الصحية. مثلاً، قد يبدأ الشخص بتطبيق الاسترخاء من اليدين ، ثم الرأس والجبهة، وإسفل الوجه، ثم الرقبة، تليها الكتفين، ثم الصدر، والمعدة، وانتهاء بالأطراف السلفية. وبالنسبة لك عضلة (أو مجموعة عضلات) يجب أن يستمر الشد (توتر العضلة) مدة تتراوح بين 7– 10 ثوان، بعدها يعود إلى استرخائها لمدة 15 ثانية، وعلى الشخص أن يركز انتباهه ليقارن بين الحالتين (الشد والرخي)، ويمكن تكرار ذلك بالنسبة لنفس العضو أو الجزء من الجسم، مرتين أو ثلاث مرات كل جلسة، بحيث تستمر الجلسة لمدة 20 –30 دقيقة. يجيب تطبيق تقنية الاسترخاء بهدوء، وبجو هادئ لا يوجد فيه مشتتات للذهن، ويمكن للشخص ان يقوم بها وهو مستلق على الأريكة، أو وهو جالس على الكنبة في وضع مريح.

لقد تم تطبيق تقنية الاسترخاء في تدبر الضغط النفسي وتخفيضه على الراشدين، أما الأطفال فيخبرون الضغوط النفسية، ولكن لا يملكون قدرة على التعامل معها وتدبرها بفعالية.ولحسن الحظ هناك عدد من الطرق السلوكية والمعرفية التي يمكن أن يتعلمها الراشدون ويطبقونها على أطفالهم ويدربوهم عليها بسهولة. ويعتبر الاسترخاء مثال على ذلك، فيمكن للأب أن يدرب أبنه على تطبيقها. من جهة أخرى، يمكن للراشدين أن يجعلوا الأطفال يشاهدونهم وهم يطبقون هذه التقنية. وبذلك يكون الأب أو الراشد بمثابة قدوة ونموذج يتيح للطفل أن يتعلم منه ويقلده. وحين يتعلم الأطفال والراشدون فنية الاسترخاء يمكنهم فعل ذلك حين يريدون. وبعد أن يتمكن الفرد (وساء طفل أم راشد) من تطبيق تقنية الاسترخاء بعد التدريب عليها، يمكنه أن يختزلها بحث يقصر من مدتها، أو ينجزها بسرعة وسهولة حين يعاني أي موقف ضاغط أو أزمة. من هنا تعتبر طريقة الاسترخاء المختصر briefrelaxation مفيدة لأنها تمر بخطوات هي:

1) أخذ نفس عميق (شهيق بعمق ثم زفير).
2) أن تقول لنفسك "استرخ"، لأن الاسترخاء يجعلك هادئاً ومرتاحاً.
3) أن تفكر أفكاراً إيجابية ومفيدة لبضع ثوان. وبهذه الطريقة يمكنك أن تدرب العديد من الأشخاص (في عائلتك أو غيرهم) على استعمال هذه التقنية حين يخبرون ضغوطاً نفسية، أو منغصات حياة يومية.

على الرغم من أن الاسترخاء طريقة مفيدة للتعامل مع الضغوط النفسية وخفض آثارها، إلا أنها غالباً ما تستعمل بالتزامن مع طريقة خفض الحساسية التدريجيsystematic desensitization والتي تعتبر طريقة مفيدة وفعالة في خفض القلق، والتوتر، والخوف. وتستند هذه الطريقة إلى الفرضية التي تقول إن المخاوف سلوك متعلم عن طريق الاشتراط الكلاسيكي، والذي بموجبه يقترن بين موقف أو موضوع ما مع حدث سلبي غير سار. فإذا اقترن ذهاب الشخص إلى طبيب

الأسنان بموقف ألم أو خبرة سيئة، سيصبح موضوع أو موقف طبيب الأسنان مثير للحساسية sensitized لدى هذا الشخص (والمقصود بالحساسية هنا الإثارة والتنبه والتوتر الذي يخلقه الموقف، وبالتالي يختلف معناها هنا عن معناها على المستوى الجسمي مثل الحساسية للغبار، أو لمواد معينة)، وهكذا سيتكون لدى الشخص حساسية (إثارة وتوتر) من طب الأسنان. والحساسية هي طريقة إشراط كلاسيكي تعتمد على إعادة أو فك الارتباط (الاقتران) الذي حدث بين الموقف (أو الموضوع كطبيب الأسنان هنا) وبين الخبرة الانفعالية غير السارة (أي الحساسية والإثارة)، ويتم ذلك عن طريق تكوين ارتباط جديد بين الموقف (المثير للحساسية والتوتر) وبين خبرة سارة أو جديدة.

ومن التجارب الرائدة في مجال معالجة الخوف والقلق والتوتر في علم النفس الحديث، ما قامت به ماري جونز (1924) لعلاج طفل عمره ثلاث سنوات من الخوف، حيث كانت تجلس الطفل في حجر أمه وتعطيه الحلوى التي يحبها ثم تقرب له مصدر الخوف (فأر ابيض) يوماً بعد يوم حتى أصبح الطفل بعد عدة أيام يلمس الفأر ويلعب معه. وتقوم فكرة التخلص التدريجي أو المنظم من الحساسية على أساس أنه لو أمكن أن تكون استجابة مضادة للقلق أو التوتر أو الخوف لدى الشخص، فإن بإمكاننا عن طريق تقريب مثير الخوف والقلق بالتدريج أن تنطفئ استجابة الخوف أو القلق لدى الفرد. وبذلك فإن مكونات هذه الطريقة في تدبر التوتر والضغط، تنحصر في ثلاثة عناصر:

1) الوصول إلى استجابة مضادة لاستجابة القلق والتوتر، والتدريب عليها.
2) تدريج مثير القلق أو التوتر والضغط.
3) تنفيذ العلاج (أي الاقتران).

وبالنسبة للاستجابة المضادة للخوف، هناك عديد من الاستجابات التي تضاد القلق أو الخوف والتوتر، منها: تناول الطعام، والانشراح، والاسترخاء. وقد تبين أن هذه الطريقة تفيد في معالجة المخاوف المرضية، مثل الخوف من المرتفعات، والخوف من ركوب الطائرة، الخوف من الحيوانات، الخوف من الامتحانات، الخوف من الماء، الخوف من الحشود والازدحام.

لقد ذكرنا أن طريقة التخلص التدريجي من الحساسية يستخدم بالتزامن مع الاسترخاء، على اعتبار أن الاسترخاء يمثل الاستجابة المضادة للقلق أو الضغط والتوتر، ولذلك فإن هذه الطريقة تشتمل على الخطوات التالية:

1) التدريب على الاسترخاء (باعتباره استجابة مضادة للتوتر والقلق أي الحساسية)
2) إعداد مدرج هرمي للقلق أو التوتر.
3) مرحلة تنفيذ الطريقة (أي خفض الحساسية تدريجياً)

فالخطوة الأولى، يتم التدريب في غرفة هادئة، ذات إضاءة خافتة، وبعيدة عن الضوضاء الخارجية مع أثاث بسيط، ويجب أن تكون هناك أريكة أو كنبة مناسبة ليتم تدريب الشخص على الاسترخاء التصاعدي (كما سبق شرحه).

أما الخطوة الثانية ، فيتم فيها إعداد تدرج هرمي hierarchy للقلق أو التوتر، حيث يحدد فيه مصدر القلق أو الضغط والتوتر (سواء كان موقفاً أو حدثاً أو شخصاً أو شيئاً)، ثم يتم تقسيمه إلى مجموعات تبعاً للعناصر المشتركة بينها، فقد يشعر الشخص بالحساسية والقلق من نقد الآخرين له، ومن حساسية زائدة من سوء فهم الآخرين له، فمثل هذا الشخص يكون قلق وتوتره مركز على موضوع عام هو الخوف والقلق من الأحكام الاجتماعية (الآراء السلبية عنه)، كما يتم تجميع المثيرات تبعاً لحادثة ضاغطة كالطلاق، ومثل هذه المجموعة تصبح الأساس الذي يبنى عليه مدرج زماني ومكاني spatio–temporalhierarchy. ولنوضح كيفية وضع مثل هذا المدرج الهرمي للموقف أو الحدث المثير للقلق والضغط، دعنا نظر في المثال السابق، عن الخوف من طبيب الأسنان.يجب وضع المدرج أو التسلسل الهرمي كما يلي:

- فكر بأنك في عيادة طبيب الأسنان، وتنتظر في غرفة الانتظار، وبجانبك شخص آخر ينتظر لفحص حالة أسنانه.
- انظر على صورة فوتوغرافية يظهر فيها شخص يبتسم وهو جالس على كرسي طبيب الاسنان .

- تخيل هذا الشخص وهو هادئ ويتم فحصه من قبل الطبيب.
- فكر بأنك تطلب من طبيب الاسنان من اجل تحديد موعد لزيارته.
- قم فعلاً بالاتصال بطبيب الأسنان لتحجز موعداً معه.
- اجلس في السيارة، وقف بجانب عيادة طبيب الاسنان.
- اجلس في غرفة الفحص (أو الانتظار) واسمع الطبيب وهو يقول للمريض "هناك ضرس يجب أن النظر فيه لمعالجته".
- اسمع وانظر إلى الطبيب والأدوات دون التقرب منها.
- قام الطبيب باختيار ضرس معين ونظر إليه بالأداة وهو يقول"إنه ليس على ما يرام".
- انظر إلى الطبيب وهو منحني باتجاه الأدوات وينتقي منها ما يريد استخدامه.
- اشعر بالإبرة وهي داخل اللثة أو الأسنان.
- تخيل نفسك مررت أو خبرت التجربة السنية.
- تخيل نفسك وقد تم خلع ضرسك.

وكما تلاحظ من هذا التسلسل الهرمي لمثيرات القلق والتوتر فقد تدرجت من الأدنى إثارة وحساسية (الأقل ضغطاً وتوتراً) إلى الأعلى إثارة وحساسية (الأعلى ضغطا وتوتراً)، كما أن بعضها يكون تخيلياً in vivo (مثل البنود ذات الأرقام :1، 3، 11، 12، 13)، في حين أن بعضها كان فعلياً، تم ممارسته على ارض الواقع real– life (مثل البنود ذات الأرقام: 2، 5، 6، 7)، وبعض هذه المثيرات يمثل تواصلاً فعلياً مع الموقف الضاغط، في حين أن بعضها الآخر لا يوجد فيه أي تواصل مع أي جانب من جوانب الموقف الضاغط والمخيف. وهناك نوعان من الاتصال غير الواقعي أو غير الحي ذو درجات متنوعة: الأول، وهو استعمال موقف تخيلي أي تخيل للموقف الفعلي المثير للضغط والقلق imagined situation مثل تخيل الشخص نفسه بأنه يتصل بطبيب الأسنان لتحديد موعد لزيارته، والثاني هو الاتصال الرمزي symbolic contact مثل رؤية صورة فوتوغرافية أو فيلم أو نموذج لموقف مثير ومقلق ويستدعي الضغط النفسي.

في طريقة الخفض التدريجي للحساسية، يجب أن يتم تدريج مثيرات القلق والتوتر من قبل الشخص نفسه، وهو هادئ ومرتاح.وعليه أن يرتب هذه المثيرات من الأدنى إثارة وقلقاً إلى الأعلى إثارة لديه. وكل واحدة منها تثير لديه درجة من الخوف أو القلق، ولكن يجب أن نشجع الشخص على الاسترخاء، بحيث يكون قد طبق طريقة الاسترخاء (كما شرحت سابقاً). وحالما يجتاز الشخص المثير الأول دون شعوره بالإثارة والخوف (أي يكون هادئا فيه) ينتقل إلى المثير التالي في التسلسل الهرمي للمثيرات، وهكذا حتى ينتهي من كل المثيرات، وقد يحتاج الأمر عدة ساعات، لذلك يمكن تقسيم إجراء الطريقة إلى عدة جلسات.وقد أثبتت الدراسات نجاح هذه الطريقة في خفض الخوف والضغط النفسي الناتج عن المعالجة السنية (عيادة طب الاسنان)، كما أظهرت إحدى التجارب فعالية هذه التقنية في خفض الخوف والقلق عبر عدة جلسات استغرقت ست ساعات ونصف الساعة لدى الراشدين. أما لدى الأطفال فيجب حتماً تقليص واختصار للجلسات التدريبية العلاجية مقارنة بالراشدين، وخاصة بالنسبة للأطفال الصغار (في مرحلة الطفولة الأولى).

3– 2– التغذية الراجعة الحيوية Biofeedback :

تعتبر تقنية التغذية الراجعة الحيوية إحدى الطرق التي تمكن الشخص من مراقبة العمليات الفيسيولوجية لديه ومن ثم التحكم بها، حيث تتيح له مثلاً أن يراقب ضربات القلب لديه، أو توتر العضلات، ويحصل مباشرة على معلومات مرتدة عنها، وهذه المعلومات تمكنه من أن يكتسب إمكانية التحكم الإرادي بها عن طريق الاشتراط الإجرائي. فإذا حاول الشخص، مثلاً أن يخفض من توتر عضلات الرقبة عنده، فالمعلومات التي يحصل عليها عن عمل عضلة الرقبة بعد تحكمه بها، تمثل تعزيزاً له.

لقد استعملت تقنية التغذية الراجعة الحيوية بنجاح في معالجة مشكلات الصحية المرتبطة بالضغوط النفسية. منها مثلاً، معالجة مرضى يعانون من الصداع المزمن، وحين طبقت عليهم تقنية التغذية الراجعة استطاع المريض أن يحصل على معلومات مرتدة عن توتر عضلات الرأس والرقبة، مما عمل على تخفيف

الصداع مقارنة بعينة من ضابطة من المرضى الذين لم تطبق عليهم هذه الطريقة.والمثير هو أن هذه النتيجة الإيجابية في خفض الصداع التوتري المزمن قد استمرت لفترة بعد المعالجة، حيث تم تتبع الحالة لمدة ثلاثة اشهر، لوحظ أن التحسن استمر بعد ذلك.وقد ثبت أن تقنية التغذية الراجعة الحيوية فعالة في معالجة الصداع لأنها تعمل على استرخاء العضلات التي تعرضت للتوتر أو الشد أثناء الصداع.ولكن بعض الدراسات أثبتت أن هذه التقنية مفيدة لدى بعض المرضى دون غيرهم (Sarafino,2001).

لقد أثبت بعض الباحثين (Attanasioet al.,1985)، أن طريقة التغذية الراجعة الحيوية مفيدة وفعالة للأطفال أكثر من الراشدين. فحين طبقت هذه التقنية على عينات من الأطفال والراشدين الذين يعانون من الصداع التوتري، تبين أن الأطفال الذين اظهروا قدرة أعلى على التنظيم الذاتي والتحكم بالذات من الراشدين، كما كانوا أكثر اكتساباً لاستجابات التحكم العضوي، وبالتالي أكثر تحسناً مقارنة بالراشدين. وقد افترض هؤلاء الباحثين عدة أسباب وراء هذه النتائج، منها:

1) أن الأطفال أكثر حماساً enthusiastic من الراشدين.
2) وانهم يعتبرون هذه التقنية بمثابة لعبة مسلية.
3) بعض الأطفال تزداد دافعيتهم بمثل هذه الطرق العلاجية والتدريبية، حتى بدون أن يعمل الباحث الدرب على تهدئتهم.
4) يتصف الأطفال بعدة صفات أو خصائص سلوكية ونفسية تجعل طريقة التغذية الحيوية الراجعة مناسبة لهم كثيراً مقارنة بغيرهم. ولكن بالمقابل هناك مآخذ على هذه الطريقة حين تطبق على الأطفال، من أبرزها أن الأطفال– وخاصة الأطفال دون سن الثامنة– يتصفون بأن لديهم مدى انتباه أقصر من الراشدين، وخاصة حين يكون طول كل جلسة من جلسات التغذية الحيوية الراجعة أكثر من 20 دقيقة، وبالتالي لايمكن للطفل أن يحتفظ بانتباهه وتركيزه لمدة طويلة كهذه. ولتجاوز هذه المشكلة ويمكن تقسيم مدة

الجلسة إلى أقسام، بحيث يتخلل كل منها فترة استراحة. والمعضلة الثانية بالنسبة لتطبيقها على الأطفال، هي ظهور سلوك تشويشي وتخريبي لدى الطفل بسبب اللواقط الكهربائية والأسلاك التي تشتمل عليها التقنية. ويمكن للباحث المدرب أن يعالج هذه المعضلة عن طريق تقديم مكافآت، ومعززات للطفل، تدفعه لمزيد من التعاون.

3- 3- النمذجة أو الإقتداء modeling :

يتعلم الأفراد ليس من خلال قيامهم بالعمل فقط، بل من خلال ملاحظتهم أيضاً. إنهم يراقبون الآخرين ويلاحظن سلوكياتهم، ونواتج هذه السلوكيات، ونتيجة لذلك يتكون لديهم مصدر مهم من مصادر التعلم نسميه النمذجة "أو الإقتداء بنموذج" ونسميه أحياناً أخرى "التعلم بالملاحظة، observationallearning"، أو "التعلم الاجتماعي، social learning". فيمكن للفرد أن يتعلم الخوف أو غيره من الانفعالات والسلوكيات الخاصة بالضغوط النفسية عن طريق ملاحظة هذه الانفعالات والسلوكيات لدى الآخرين (وبشكل خاص الوالدين). وتستند هذه الطريقة إلى نظرية التعلم الاجتماعي التي وضعها ألبرت باندورا (1977). وقد أجريت دراسات متعددة على فعالية هذه الطريقة في معالجة الخوف، والعدوان، ، والقلق ، واضطرابات النطق، والوساوس القسرية وغيرها من المشكلات السلوكية، مثلما طبقت في تدريب الأشخاص على اكتساب الكثير من أشكال السلوك السوي كالمهارات الاجتماعية.

تقوم طريقة استخدام النماذج السلوكية "النمذجة" على أساس إتاحة نموذج سلوكي مباشر (حي) أو ضمني (تخيلي)، لأن الهدف هو توصيل معلومات حول النموذج السلوكي المعروض للمريض بقصد إحداث تغيير في سلوكه وانفعالاته (إكسابه سلوكاً جديداً، أو زيادة معدل سلوك ما، أو إنقاص سلوك مرضي موجود لديه)، (الشناوي، 1996).

طالما أن الشخص يتعلم ردود فعل الضغط النفسي من خلال ملاحظته لها لدى الآخرين، فإن طريقة النمذجة تستهدف إعادة التعلم بحيث نساعد هذا الشخص على التعامل مع الضغوط عن طريق ملاحظة الآخرين وهم يتعاملون معها بطريقة علمية فعالة، بما يتيح له أن يكتسبها لتصبح جزءاً من مهاراته الخاصة لمواجهتها.وقد أثبتت العديد من الدراسات هذه النتيجة (Masters, Burish, Holon & Rimm,1987). تشبه طريقة النمذجة تقنية الاسترخاء: لأن الشخص يجب أن يسترخي حين يشاهد النموذج "القدوة" ويراقب سلوكه وانفعالاته، كما يراقب ردود فعله تجاه التنبيه والإثارة بدءاً من الإثارة البسيطة في التدرج الهرمي، مروراً بالإثارة أو الحساسية المتوسطة وانتهاء بالشديدة في نهاية التسلسل. وتجدر الإشارة إلى أن النموذج الذي يتم الإقتداء به قد يكون فعلياً real–life (واقعياً، مثل شخص أمامنا وهو يتصرف)، أو يكون متخيلاً imagined. من هنا يمكن أن يكون النموذج رمزياً symbolically وذلك عن طريق استخدام نماذج في فيلم يمكن مشاهدته. وقد طبقت هذه الطريقة على الطفلة (باربارا) التي تبلغ من العمر (7) سنوات، حيث استطاع مشاهدتها لفيلم يحتوي نموذج قامت بالإقتداء به، أن يخفض لديها الضغط النفسي الناتج عن العملية الجراحية التي خضعت لها في المستشفى. تجدر الإشارة إلى أن الأطفال يمكن أن يستفيدوا من طرق وتقنيات سلوكية أخرى في خفض التوتر والضغط، والقلق لديهم ، كالأنشطة التي يمكن أن تشتت انتباههم وتبعدها عن مثيرات القلق والضغط النفسي.

3–4– الطرق التي تركز على العمليات المعرفية "طرق العلاج المعرفي":

بما أن الضغط النفسي ينتج عن تقييم الفرد المعرفي للحدث أو الموقف الضاغط والذي يستند إلى فقر المعلومات، أو سوء الإدراك، أو معتقدات غير عقلانية، فإن بعض الطرق التي تعدل سلوك الشخص ونمط تفكيره، يمكنها تنميتها لديه بحيث تساعده في التعامل مع الضغط النفسي الذي يخبره أو يعيشه. ولتحقيق هذا الهدف، فإننا نعتمد الطرق التي توجه الناس من أجل ما أسماه (لازاروس) بـ "إعادة بناء" نمط التفكير لديهم. وتعتبر عملية إعادة البناء المعرفي

cognitive restructuring، هي العملية التي يمكن من خلالها أن نستبدل الأفكار والمعتقدات المحرضة للضغط النفسي بالأفكار والمعتقدات المنطقية أو الواقعية، والتي تخفض من تقييم الشخص للموقف على أنه مهدد وخطير.وقد طور هذه الطريقة جولد فرايد Goldfried (1977)، ويطلب فيها من المريض أن يتخيل تدرجاً من المواقف المولدة للضغط النفسي والتوتر، وفي كل خطوة يتم إعطاؤه تعليمات بأن يتعرف على الأفكار غير المنطقية المرتبطة بهذا الموقف المحدد، وأن يدحضه بطريقة عقلانية،كما يطلب من المريض أن يمارس هذه الطريقة في إعادة بناء الأفكار في الواقع حين مواجهة مواقف الحياة المختلفة. من هنا تشبه هذه الطريقة ، تقنية العلاج العقلاني الانفعالي التي سنشرحها للتو.

تعتبر طريقة العلاج العقلاني الانفعالي rational – emotive therapy (RET)، من الطرق المشهورة التي تركز على إعادة البناء المعرفي للشخص، والتي طورها البرت إيليس Albert Ellis (1957). وتستند هذه الطريقة إلى الفرضية التي تقول بأن الضغط النفسي غالباً ما ينشأ عن طرق غير عقلانية ولامنطقية في التفكير. وأن هذه الأنماط من التفكير (غير السوي) تؤثر في عمليات تقييم الموقف الضاغط بحيث تزيد من اعتبار الفرد للموقف وتقييمه له على أنه ينطوي على تهديد وخطر. ووفقاً لإيليس، فإن المشاعر المضطربة والضغوط النفسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بواحدة أو أكثر من الأفكار اللامنطقية التالية:

1) يقول الفرد لنفسه: إنه ينبغي علي أن أؤدي أداء جيداً وأن ألقي القبول والرضا عن كل ما أقوم به وإلا فسأكون فاشلاً.
2) على الآخرين أن يتصرفوا تجاهي بلطف وعدالة، وإلا فإنهم سيكونون مخبولين.
3) الظروف التي أعيش فيها ينبغي أن تظل حسنة وميسرة حتى أحصل على كل ما أريده بدون مجهود كبير وإلا فالحياة تبدو قاتمة.

وتتصف الأفكار اللامنطقية بالصفات التالية: الكارثية (التضخيم والتهويل)، والتعميم على المواقف المختلفة، توقف الحالة الانفعالية للشخص على

هذه الأفكار. فالأفكار اللامنطقية أو غير العقلانية هي التي تبالغ في نظرة الشخص السلبية للموقف، وبالتالي تهويل آثار الحدث الضاغط عليه (المبالغة في الشعور بخطر الموقف)، من هنا تسعى هذه الطريقة إلى تغيير هذه الأفكار والمعتقدات.

ولكي نعرف كيف يمكن للأفكار غير المنطقية أن تزيد من الضغط النفسي وتقود إلى المشكلات النفسية، دعنا نظر في حالة لاعب البيسبول "بيير" الذي يتصف بما يلي:

"لم يستطيع أن يقفز جيداً، وكان كثير الكآبة بسبب أدائه الضعيف. وحين نتحدث معه، يقول مباشرة بأن معتقداته وتفكيره عن لعبه غير منطقي، مثلاً، بعد العديد من المحاولات لقيام بحركات ضرورية في اللعب، وفشله في الأداء اللازم، أراد العودة إلى المنزل وترك اللعب، ريثما يجري المزيد من التمرينات. وكان يعتقد بأن اللاعب الذي لا يقوم بإنجاز مهمة ما في حدود المتوسط، يجب ألا يحاول القيام بالعمل ثانية. وهذا ما دفعه إلى ترك اللعب كثيراً". عندما نمعن النظر في هذا المثال، نرى أن أفكارا لاعقلانية تسيطر على ذهن "بيير" مثل" يجب أن تكون كل حركة وأداء نموذجياً، و" حين لايمكن تحقيق الأداء المطلوب لايجب متابعة الرياضة"، ونتيجة ذلك فقد سيطرت عليه حالة انفعالية تتصف بعدم الصبر، والكآبة، والضيق والتوتر.

لقد تضمن علاج "بيير" تدريبه على تقنية الاسترخاء، من أجل استرخاء عضلاته، ثم مساعدته في عدة أمور منها:

1) أن دافعيته للعب والأداء قد انخفضت، ما أدى إلى انخفاض أدائه، وقد تم التركيز على رفعه مستوى دافعيته للتدريب.
2) كان يعاني من عدم الصبر، وعدم التحمل بسبب الأخطاء التي يرتكبها في حركاته ولعبه.

من هنا تستعمل طريقة العلاج العقلاني الانفعالي، على عدة عمليات:

أ. الأولى وهي الحدث أو الواقعة المحرضة والمنشطة Activity experience، ويرمز لها بـ (A)، كأن يقول المدير للعامل "لقد ارتكبت خطئاً فادحاً، ولا يجب ان أراك هنا ثانية".

ب. الثانية "ب" وهي المعتقدات Beliefs ورمزها (B)، أي الأفكار أو المقولات التي يقولها الشخص لنفسه حول الحدث أ. إنها الأفكار التي تسيطر عليه كاستجابة للحدث أو الواقعة. فقد تكون هذه الأفكار عقلانية ومنطقية، "اعتقد بأنني كنت مهتاجاً وعصبياً، ويجب أن أكون اكثر مسؤولية وتحملاً حول العمل". إلا أن الأفكار اللاعقلانية قد تسيطر على ذهن الشخص مثل "لا يمكنني أن أقوم بأي عمل جيداً، لافائدة مني، ولا يمكنني أن أواجه الناس بعد ذلك، لأنني مطرود من عملي".

ج. الثالثة وهي النتيجة (أو العواقب) Consequences ورمزها (C)، باعتبارها ردود الفعل الانفعالية أو الاستجابات الوجدانية الناتجة عن تلك الأفكار والتي قد تكون اضطراباً انفعالياً (حين تكون الأفكار غير عقلانية) أو سعادة وطمأنينة نفسية (حين تكون الأفكار عقلانية). ففي مثالنا السابق عن العامل، فقد ذكر أنه "يعاني من الاكتئاب، والخجل من الآخرين، وعدم قدرته على مواجهة الناس، إضافة لشعور بالعجز واليأس" فهذه المشاعر أو الاستجابات الانفعالية هي رد فعل مباشر على الأفكار اللاعقلانية التي سيطرت على ذهنه.

د. وهي التفنيد Disputing، ورمزها (D)، أي دحض الأفكار اللاعقلانية وتفنيدها أثناء المعالجة بطريقة العلاج العقلاني الانفعالي.وفيها يجب أن نميز بين الأفكار العقلانية والواقعية وبين الأفكار اللاعقلانية وغير الواقعية. فالفكرة التي قالها العامل عن نفسه " أعتقد بأنني قمت بالعمل جيداً، هذه فكرة منطقية وجيدة، ولكن الفكرة غير المنطقية هي التي قالها "لافائدة مني، دائماً أخطئ في العمل"، فيجب فحص مثل هذه الأفكار غير المنطقية من أجل دحضها ومن ثم وضع الأفكار البديلة أو المنطقية بدلاً عنها، وذلك بالتجربة والبرهان أو الدليل.

٥. الرابعة وهي الآثار Effects ورمزها (E)، وتعني الأثر الذي تتركه عملية دحض الأفكار اللامنطقية، وتفنيدها، وهي عملية تنتمي إلى إعادة بناء الأفكار؛ لأن المعالج قد مكن الشخص من الاعتقاد المنطقي حين استبدل الأفكار اللامنطقية بالأفكار المنطقية، من هنا يجب نرى الآثار التي ترتبت على عملية التبديل هذه. وحين يصل الشخص لهذه المرحلة، سيصبح قادراً على التعامل مع الأحداث الضاغطة بطريقة منطقية وواقعية، وبالتالي سيكون اقل تعرضاً للضغوط النفسية.

لقد أجريت عدة دراسات لبحث فعالية طريقة العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الضغوط النفسية وآثارها على الصحة، وقد ثبت كفاءة هذه الطريقة وأهميتها في معالجة حالات القلق، والتوتر، والاكتئاب. ولكن ما نزال بحاجة إلى بعض البراهين والإثباتات المتعلقة بما إذا كان التغير في الأفكار وما يعقبه من انفعالات بعد العلاج، سيستمر ، وإلى أية درجة.من هنا فإننا بحاجة لدراسات تتبعية، لمراقبة وفحص درجة التحسن الذي يحصل بعد تطبيق هذه الفنية العلاجية (سعد، 1995).

ومن الطرق المعرفية ما يسمى طريقة العلاج المعرفي cognitive therapy التي طورها عالم النفس آرون بيك AronBeck (1976)، والتي تشبه أيضاً العلاج العقلاني الانفعالي من حيث تغيير الأفكار غير السوية أو غير المنطقية. ومع أنها قد طورت من اجل معالجة الاكتئاب النفسي، إلا أنها طبقت بنجاح في معالجة القلق. وتهدف هذه الطريقة إلى مساعدة الفرد على أن يدرك أن المشكلات التي يمر بها ليس هو وحده المسؤول عنها، وأن الأحداث السلبية التي يخبرها ليست بالضرورة كارثية وخطيرة، وأن المعتقدات غير السوية أو اللاعقلانية ليوجد دليل على صحتها. فالحوار التالي يظهر كيف أن المعالج النفسي يحاول أن يواجه الأفكار والمعتقدات اللامنطقية لدى المريضة:

- المعالج: ما الدليل على أن كل ما قلته هو صحيح، وأنك غير جذاب؟ إنه غير معقول، وغير صحيح؟ ما المعطيات والمعلومات التي لديك؟
- المريضة: من خلال مقارنة نفسي بالناس تبين لي أنني غير جذابة، وأنه ينقصني الكثير.
- المعالج: إذا كنت قد نظرت إلى شخص جميل وجذاب كثيراً بالتأكيد ستكونين أقل جاذبية.
- المريضة: "نعم".
- المعالج: فإذا أنا نظرت إلى شخص مكتمل ، سأكون أقل كمالاً منه.
- المريضة: نعم، فالشخصية الجذابة هي التي تقضي ثلاث ساعات تعتني بنفسها ومظهرها، فلست أقارن نفسي بشخص يقضي كل هذا الوقت للاهتمام بمظهره. (Freeman,1990).

إحدى الفنيات التي تستعمل طريقة العلاج المعرفي هي اختبار الفرضية أو التحقق منها hypothesis testing وفيها يقوم الشخص بمعالجة المعتقدات التي كونت لديه فرضية يعتنقها، ثم محاولة التثبت منها من خلال التعرف على الدلائل والبراهين التي تدحضها أو تنفيها وذلك بأمثلة من الحياة الواقعية. وقد تبين أن هذه الطريقة في المعالجة مفيدة وفعالة في معالجة الاكتئاب، وأنها واعدة جداً في معالجة أمراض القلق (Freeman,1990).

يجب أن ننتبه إلى أنه ليست جميع طرق العلاج المعرفي التي تهدف إلى مساعدة الناس على التعامل مع الضغوط النفسية ، تستند إلى إعادة البناء المعرفي للشخص، فقد عمل مايكنباوم Meichenbaum ورفاقه على تطوير طريقة جديدة في المعالجة تسمى التدريب على التحصن ضد الضغط النفسي stress – inoculation training التي صممت لتعليم الشخص وتدريبه على

مهارات تخفيف الضغط، وإنجاز الأهداف الشخصية.وتتمن هذه الفنية في المعالجة ثلاثة مراحل هي:

1) التعليم: هدفها تكوين التصور conceptualizing لدى المريض، بحيث يتم تزويده بإطار تصوري لفهم طبيعة ردود فعله تجاه الضغوط النفسية، وذلك بأسلوب مبسط، ويكون الهدف من هذا الإطار هو مساعدته على أن ينظر للموقف الضاغط أو الأزمة بشكل منطقي وعقلاني. ويتم ذلك من خلال مناقشة خبرات المريض السابقة في الضغوط النفسية، والذي يمكن أن يتم بشكل فردي أو جماعي، بحيث يشارك كل واحد في النقاش. فيمكن أن تتم مناقشة مايلي: تحت أية ظروف تخبر الضغط وتمر به؟ وماذا فعلت لخفض هذا الضغط؟ وما الذي جعل الأزمة أو المشكلة أكثر سوءاً أو أفضل؟ ما الذي ستفعله من أجل تغيير طريقة تعاملك معه؟

2) مرحلة التكرار: وهدفها إكساب المريض المهارات وتكرارها skills acquisition and rehearsal ويتم فيها تزويد المريض بأساليب التعامل مع الضغط النفسي والتي تشتمل على وسائل تعامل معرفية، بعضها يتضمن مهارات التركيز على المشكلة، وبعضها مهارات التركيز على الانفعال (انظر الفصل السابق). فبعض هذه المهارات عامة بحيث يمكن تعلمها من خلال برنامج تدريبي، مثل: التدريب على الاسترخاء، وخفض الحساسية، وتبديل الانفعال، والبحث عن الدعم أو المساندة الاجتماعية، وإعادة التحديد أو البناء المعرفي . وبعض المهارات الأخرى تعتمد على ظروف الشخص ومشكلاته الخاصة. وفوق ذلك يمكن لبعض الناس أن يتعلموا مهارات التواصل، أو مهارة الوالدية والأمومة، أو مهارات الاستذكار والدراسة، وهكذا.وحين يتم إكساب هذه المهارات، يجب على المريض أن يطبقها تحت إشراف المعالج.

3) التطبيق والمتابعة: وهدفها تطبيق ماتم تعلمه من مهارات ومتابعتها application and follow-through، حيث يقوم المريض بنقل ماتم تعلمه من مهارات من الموقف التدريبي تحت إشراف المعالج إلى مواقف الحياة اليومية. ولإنجاز ذلك فقد تدرب المريض في الجلسة السابقة على الاستجابة للموقف

الضاغط كما تم تحديده وتعريفه في الجلسة التدريبية بحيث تم تقسيمه إلى تسلسل هرمي متدرج، وكل مرحلة أو جزء من المثير الضاغط تم التعامل معه، ويجب عليه هنا أن يطبق مهارات التعامل التي اكتسبها وذلك لمثيرات ضاغطة يمر بها في الحياة الواقعية، ثم تتم متابعة كيفية تعامله لمدة لاتقل عن سنة.

تتضمن تقنية التدريب على التحصين ضد الضغط النفسي عدداً من الفنيات مثل: الاسترخاء، وخفض الحساسية، والنمذجة. وبالرغم من فعالية هذه الطريقة في خفض الضغط النفسي، إلا أننا ما زلنا بحاجة لمزيد من الدلائل التي تثبت فعاليتها مقارنة بالطرق الأخرى.

3– 5– الطرق متعددة الأبعاد multidimensional approaches:

الشخص الذي يعاني من صعوبة التعامل مع الضغط، هو شخص يعاني من عدة صعوبات أو مشكلات متنوعة تطال جوانب في شخصيته وفي الموقف الضاغط نفسه. من هنا فإن طريقة مفردة وحيدة، قد لا تكفي أو لا تكون مناسبة بمفردها في مواجهة الضغط، لذلك يجب مساعدة المريض على اكتساب عدة طرق في التعامل. فطريقة التدريب على التحصن ضد الضغط مفيدة وفعالة باعتبارها تشتمل على عدة طرق أخرى، أي لابد من حتى يتم تطبيقها، من التدرب على فنيات وطرق اخرى مثل الاسترخاء، والنمذجة وخفض الحساسية، ويجب تدريب الشخص عليها بشكل هادئ وفي مواقف الحياة اليومية بعد إكتساب مهاراتها. ويمكن القيام بذلك من خلال تصميمها على شكل برنامج تدريبي يشتمل على هذه الفنيات، ثم مناقشة فعاليتها ونتائجها.

3-6- التأمل والتنويم المغناطيسي:

النشاط العقلي للفرد يتغير باستمرار، ويعض هذه التغيرات تكون واضحة كالانتقال من حالة شعورية إلى أخرى مثل: الانتقال من اليقظة إلى النعاس، ومن النعاس إلى النوم، ومن اليقظة إلى التنبه والإثارة الانفعالية الشديدة، وحين يكون الشخص تحت تأثير الكحول. فهذه مستويات مختلفة من الوعي أو الشهور نتنقل بينها باستمرار.وحين تنتقل الحالة العقلية (الوعي) للشخص من مستوى إلى آخر، أو على مستويات من اليقظة ، نسمي هذه الحالة بحالة الوعي أو الشعور المتبدل altered state of consciousness وهي تحول من نمط عادي من اليقظة يمكن أن يحدث بطرق متعددة بدلاً من الذهاب إلى النوم أو تناول الكحول. وهناك طريقتين من طرق تبدل الوعي هما: التأمل والتنويم المغناطيسي. وقد حاول علماء النفس دراسة أثر هاتين الطريقتين في التعامل مع الضغط وخفضه.

أولا: التأمل:

التأمل mediation هو طريقة في ممارسة اليوغا التي طورها هاريشي يوجيس باعتبارها طريقة لتحسين الصحتين الجسمية والعقلية، وخفض الضغط.فالأفراد الذين يستعملون هذه التقنية يطبقوها مرتين يومياً، حيث يجلس الشخص في مكان هادئ ومريح، يسترخي ويغمض عينيه، وهو يكرر كلمة أو مقطعاً صوتياً مثل "أم" وذلك من أجل منع بعض الأفكار من إقحام التفكير لديه وإيقافها. وهناك عدة أشكال للتأمل إلا أنها جميعها متشابهة من حيث خفض الضغط النفسي وتحقي فالاسترخاء لعضلات الجسم. والمثال التالي يوضح ذلك "اجلس بهدوء وارتياح، وأغمض عينيك، ومارس الاسترخاء على جميع عضلات جسمك، ثم ركز انتباهك على تنفسك، وحين تتنفس قل كلمة ما بصمت، وحافظ على ذلك بنفس الوتيرة، ثم اترك المجال لتفكيرك يأخذ مجراه، وحين تقتحم نظام تفكيرك بعض الأفكار المشوشة والمنفرة للذات، تجاهلها وقل "حسناً"، ثم استمر بالتنفس، وتابع من جديد.

إن الهدف من هذه الفنية هو زيادة قدرة الشخص على مواجهة الضغط والتعامل معه بالاسترخاء، والتي تضمن خفض ردود الفعل العضوية أو الجسمية التي يحدثها الموقف الضاغط. ووفقاً للباحث بينسن Benson فإن استجابة الاسترخاء تحسن الصحة من خلال خفض معدل ضغط الدم. ويمكن استخدام هذه الطريقة بعدة أشكال، فيمكن لرجل الدين أن يتأمل بعمق وهو يؤدي الصلاة، بما يساعده في بلوغ حالة من الاسترخاء.

وبالرغم من أن التأمل يساعد في حدوث الاسترخاء، إلا أن له هدف أعم وهو تطوير حالة من الوعي العقلي mindful awareness نسميها التبصر insight، وقد أثبتت نتائج بعض الدراسات أن حالة الوعي العقلي هذه، أو التبصر هي جوهر تقنية التأمل، وأنها هي الأساس في خفض مشاعر الألم، والضغوط النفسية التي يعانيها الفرد .ويمكن تدريب المريض على تركيز انتباهه على ألمه الذي يعانيه وغيرها من الاحساسات الأخرى، بما يمكنه من أن يصبح أكثر وعياً بالألم الذاتي لديه. وباستخدام هذه الفنية العلاجية يمكن خفض حالة الضيق، والتوتر، والانزعاج الذي يعانيه المريض.

ويعتقد الكثير من الناس أن التأمل يمكنهم من بلوغ حالة من الراحة الفريدة، ففي دراسة شبه تجريبية، تم فيها قياس الإثارة العضوية (تنبه الجهاز العصبي) لدى عينتين (مجموعتين) من الأفراد: الأولى (تجريبية)، خضعت للتأمل وممارسته، والثانية (ضابطة)، لم تمارسه، ولكنها بقيت في حالة راحة (بدون عمل وتنبه). وقد أثبتت النتائج الفكرة القائلة بأن طريقة التأمل الذهني تؤدي إلى مستوى فريد ومتميز من الراحة والهدوء، والصفاء الذهني، كما تبين أن هناك فرقاً بين المجموعتين من حيث معدل ضربات القلب، وضغط الدم، ومعدل التنفس لصالح أفراد المجموعة التجريبية، التي كانت لديها ردود الفعل العضوية هذه أكثر رتابة

وأقل إثارة. ولكن استخدام طريقة البحث شبه التجريبية لدراسة فعالية التأمل، ابقت الباب مفتوحاً حول فعالية طريقة التأمل في خفض الضغوط النفسية وتحسين الصحة. ويبقى السؤال هو "ما مدى فعالية التأمل في التعامل مع الضغوط النفسية وخفضها؟." فقد ثبت أن فعالية التأمل ليست واحدة في التعامل مع جميع الضغوط النفسية (ولكنها مفيدة في بعضها فقط)، من جهة أولى، كما أنها ليست فعالة لدى جميع الناس من جهة ثانية.

### ثانياً: التنويم المغناطيسي hypnosis:

ترجع بداية التنويم المغناطيسي إلى ما يسمى "المغناطيسية الحيوانية والمسمارية"، وذلك في القرنين التاسع عشر والعشرين. ويعتبر الطبيب الأسترالي فرانز أنتون مسمر Franz Anton Mesmer رائد هذه التقنية حيث استخدمها في معالجة الأعراض الجسمية الناتجة عن عوامل نفسية، مثل الشلل الهيستري. واليوم يعتبر التنويم حالة من تبدل الوعي يتم إيجادها لدى الشخص بطرق وفنيات خاصة مثل الإيحاء، بحيث تقود إلى درجات متنوعة من الاستجابة وتبديل التذكر، والانتباه، والتفكير، والسلوك (Orne, 1989). وليس كل شخص قابل لأن ينوم مغناطيسياً فبعض الأشخاص تكون قابليتهم للإيحاء suggestibility ضعيفة جداً، وأن نسبة 15– 30٪ من الناس يسهل تنويمهم لأنهم قابلين للإيحاء. لأن القابلية للإيحاء لاتبقى على حالها مع العمر، ولكنها تخضع للتغير من مرحلة لأخرى، فمثلاً الأطفال بين سني 7– 15 قابلين للإيحاء بدرجة جيدة، وبذلك يسهل تنويمه، أم في المراهقة فتنخفض هذه القابلية، ويتسمر الأمر كذلك خلال مرحلة الرشد. إن الأفراد القابلين للإيحاء يمكن تدريبهم على ممارسة التنويم على أنفسهم مفردهم، وهذا ما يسمى التنويم الذاتي selfhypnosis، ويمكنهم أن يطبقوا الطريقة ذاتياً حين يريدون ذلك.

ولأن الأفراد الذين خضعوا للتنويم الإيحائي قد صرحوا بأن خبرة الاسترخاء التي مروا بها أثناء التنويم مهمة، فقد سعى بعض الباحثين إلى دراسة فعالية التنويم، والتنويم الذاتي في خفض الضغوط النفسية.إلا أن هناك عدة صعوبات تعترض دراسة فعالية التنويم من أهمها: أن أكثر الناس غير قابلين

للإيحاء، وأن نجاح التنويم وفعاليته تعتمد بقوة على تقبل الشخص للإيحاء. وبغض النظر عن هذه الصعوبات، فقد تبين أن التنويم مفيد وفعال في تدبر الضغوط ومواجهتها، ولكن ليس بنفس درجة وفعالية الاسترخاء، أو غيرها من الفنيات الأخرى.

باختصار نقول، إن تقنيتي التأمل والتنويم، من الفنيات والطرق العلاجية والتدريبية المفيدة والفعالة في تدبر الضغوط والتعامل معها، وفي منع حدوث الأمراض. فقد بينت نتائج إحدى الدراسات أن ردود الفعل العضوية التي يحدثها الضغط النفسي في كل من جهاز المناعة وجهاز الغدد، إنما تعتمد على الطرق التي يتعامل الفرد من خلالها مع الضغط أو الحدث الضاغط، وأن التدريب على التأمل والاسترخاء مفيدة في تقوية جهاز المناعة لديه.

## سادساً: تطبيق فنيات الإرشاد لتدبر الضغط وخفض مخاطر القلب:

من بين عوامل الخطر المؤدية لمرض الشريان التاجي للقلب العمر، والتاريخ الأسري للفرد، وهذين العاملين خارج نطاق تحكم الفرد وضبطه، ولكن هناك عوامل خطر أخرى مؤدية لمرض الشريان التاجي للقلب، تخضع لتحكم الفرد وسيطرته وخبرته الشخصية أو سلوكه بشكل مباشر والتي يمكننا أن نعدلها ونخضعها للعلاج. أحد عوامل الخطر هذه هو الضغط النفسي. وسوف نتحدث عن استعمال طرق تدبر الضغط النفسي في خفض مخاطر التعرض لمرض الشريان التاجي للقلب.

### 1) تعديل نمط السلوك (أ): modifying type (A) behavior :

حين تم تحديد نمط السلوك (أ) باعتباره أحد عوامل الخطر في حدوث مرض الشريان التاجي للقلب، اتجه الباحثون لدراسة الطرق التي يمكن أن نعدل فيها هذا النمط السلوكي، وذلك بهدف خفض حدوث مرض الشريان التاجي للقلب. وبالرغم من أن هذه المهمة ليست سهلة، فإننا لا نعرف على وجه الدقة ما الذي يجعل الشخص ذو النمط السلوكي (أ) أكثر عرضة لأمراض القلب.

قام الباحث روسكيز وزملاؤه (Roskies and Others,.1986) بدراسة فعالية برنامج علاجي بهدف تعديل نمط السلوك (أ) لدى عينة من المتخصصين الأصحاء، ورجال آخرين عاديين. وفي بداية الدراسة تم تقييم شخصية هؤلاء الأفراد وسلوكهم باستعمال المقابلة الموجهة، وتم اختيارهم عشوائياً إلى نوعين من طرق المعالجة: المجموعة الأولى طبق عليها الاسترخاء التصاعدي، والثانية العلاج النفسي المختصر، حيث تناقش المعالج مع المفحوصين حول تأثير خبراتهم الطفولية ، وكيف تقود إلى السلوك التنافسي لديهم، وكيفية تشكل السلوك الخطر. وقد تلقت كل مجموعة جلسات علاج أسبوعية لمدة 14 أسبوع، وخلالها تم الطلب منهم أن يحاولوا الحفاظ نظامهم الغذائي، وسلوكهم الاعتيادي من حيث التدخين، وعادات العمل، والأنشطة الاجتماعية. وقد أظهرت النتائج أن المفحوصين قد تحسنت حالتهم خلال المعالجة، وخاصة فيما يتعلق بالشعور بضغط الوقت، ونسبة الكوليسترول بالدم، ومعدل ضغط الدم. وبعد ستة أشهر من المتابعة، تبين أن الذين خضعوا لطريقة المعالجة بالاسترخاء التصاعدي حافظوا على تحسنهم أكثر من الذين خضعوا لطريقة العلاج النفسي المختصر.

ومع أن هذه النتيجة مشجعة لنا، إلا أن روسكيز وزملاؤه قرروا أن بإمكانهم زيادة تأثير التدخل العلاجي على نمط السلوك (أ) عن طريق استعمال الطرق العلاجية متعددة الأبعاد أو الأساليب multidimensional approach. ولتحقيق هذا الهدف فقد عملوا على تصميم برنامج علاجي يتضمن عدة فنيات معرفية وسلوكية، بحيث يشتمل على استرخاء العضلات التصاعدي،، والعلاج العقلاني الانفعالي، وتقنية التدريب على التحصين ضد الضغوط. وكان الأساس المنطقي والعلمي لتضمين هذه الفنيات مجتمعة في البرنامج هو التالي: يمكن مواجهة وتعديل نمط السلوك (أ) بمكوناته المختلفة، فطريقة الاسترخاء لمعالجة ردود الفعل الجسمية، وطريقة العلاج العقلاني الانفعالي لمعالجة الانفعالات الشاذة وتعديلها، وطريقة التدريب على التحصن ضد الضغوط من أجل تعديل الخلافات والمشاكل الاجتماعية مع الآخرين، وذلك عن طريق تضمين هذه الفنية أسلوب حل المشاكل، ومهارات التواصل. ثم تم تطبيق برنامج التدخل العلاجي هذا.

والمفحوصين الذين تم اختيارهم عشوائياً لتطبيقه عليهم، وزعوا ضمن مجموعتين: الأولى مجموعة الممارسة التي اعتمدت التمرينات الرياضية (وخاصة الهرولة أو الركض)، والأخرى اتبعت تمرينات تدريبية لضبط الوزن وخفضه. وبعد عشرة أسابيع، تم إعادة قياس وفحص نمط السلوك (أ9 لدى أفراد المجموعتين باستخدام المقابلة المقننة، ومقاييس فحص الأعراض القلبية الوعائية (ضغط الدم، وضربات القلب) كاستجابة للضغط النفسي، ومقارنة نتائج هذا القياس البعدي، مع نتائج القياس القبلي. وبالرغم من أن واحدة من هذه الفنيات لم تعمل على خفض ردود الفعل العضوية الجسمية، إلا تعدد الطرق أو الفنيات مع بعضها كانت أكثر فعالية من استعمال طريقة واحدة في تعديل نمط السلوك (أ)، فقد خفضت مظاهر هذا السلوك وخاصة: الغضب / العدائية،والتنافس (Roskies,1983).

2) معالجة ضغط الدم:

لقد تحدثنا في فصل سابق عن أن ضغط الدم hypertension من ابرز عوامل الخطر المؤدية لأمراض القلب وخاصة أمراض الشريان التاجي للقلب. فمرضى الشريان التاجي للقلب يتلقون معالجة طبية تشتمل على استعمال الأدوية (وصفات طبية للعقاقير)، مثل ديوريتكس Diuretics الذي يعمل على خفض ضغط الدم. إضافة إلى ذلك، يعمل الأطباء على معالجة مرضى ارتفاع ضغط الدم عن طريق خفض وزن الجسم لديهم، وممارسة تمرينات بدنية منتظمة، وخفض معدل كل من الصوديوم، والكوليسترول، والكافئين، والكحول. ويعمل أطباء آخرون على دفع هؤلاء المرضى على "محاولة تعلم الاسترخاء وتطبيقها" عند تعرضهم لأزمات أو ضغوط نفسية. ولكن لمثل هذه الطريقة مخاطر، منها أن الأفراد الذين لم يسبق أن تدربوا على فنية الاسترخاء سيبذلون جهداً للتدرب عليها ما قد يزيد يرفع لديهم ضغط الدم بدلاً من خفضه.

ولكون ارتفاع ضغط الدم الجوهري أو الأساسي مرتبط بدرجة وثيقة بكمية الضغوط النفسية وشدتها التي يعانيها الشخص، فقد حاول الباحثون فحص وتقصي استعمال فنيات تدبر الضغط النفسي من أجل معالجة ارتفاع ضغط الدم. عموماً، أظهرت الدراسات أن ضغط الدم يمكن خفضه باستعمال تقنيات تدبر الضغط النفسي مثل: الاسترخاء التصاعدي، والتغذية الراجعة الحيوية، والتأمل العقلي. وقد أظهرت بعض النتائج أن استعمال الاسترخاء في خفض ضغط الدم يفيد لدى أشخاص يتصفون بسمات خاصة مثل الغضب (Larkin, Knowlton & D–Alessandri,1990 )، إلا أن دلائل أخرى أحدث منها، قد أظهرت أن فعالية فنيات تدبر الضغط تكون أكثر حين نستعمل طرق متعددة بدلاً من طريقة أو فنية وحيدة. ففي بعض البرامج التي صممت لدراسة فعاليتها، اشتمل البرنامج على عدة فنيات هي: التنويم، والطرق المعرفية السلوكية مثل العلاج العقلاني الانفعالي، والتدرب على التحصين ضد الضغوط، وإعادة البناء المعرفي، والاسترخاء وخفض الحساسية المنظم، والتغذية الراجعة الحيوية، وذلك بهدف تعديل نمط السلوك (أ) وخفض ردود الفعل الجسمية أو العضوية مثل ضغط الدم، وضربات القلب. وقد ثبت أن تعدد الطرق أفضل بكثير من استعمال طريقة واحدة (Sarafino,2001).

وبهدف تحسين صحة العمل، حاولت العديد من المؤسسات المهنية أن تستخدم فنيات تدبر الضغط النفسي ضمن برامج متخصصة صممت لهذا الغرض، وقد ثبت فعالية هذه البرامج في خفض ضغوط العمل وتحسين حالتهم الصحية. من جهة أخرى فقد ركزت بعض هذه البرامج على تعديل نمط السلوك (أ) لدى العديد من العمال والمهنيين، بهدف خفض الآثار العضوية لهذه الشخصية وخاصة ارتفاع ضغط الدم، وضربات القلب، وقد لوحظ أيضاً أن تحسناً ملحوظاً ظهر نتيجة تطبيق هذه البرامج (Roskies,1983).

## سابعاً: خلاصة:

مهارات التعامل هي عمليات يحاول الأفراد عن طريقها تدبر الضغط أو معالجة التناقض الموجود بين متطلبات الموقف وقدرات الشخص الذاتية في الموقف الضاغط. إننا نتعامل مع الضغوط بهدف الوصول إلى حل للمشكلة أو الأزمة المسببة للضغط. ويخدم التعامل لتحقيق وظيفتين هما: الأولى، التعامل الذي يركز على الانفعال، بهدف خفض الحالات الانفعالية السلبية التي سببها الموقف الضاغط وما ينتج عنها من سلوكيات خطيرة كالتدخين، وتناول الكحول والعقاقير، ويتم معالجة ردود الفعل الانفعالية والسلوكية هذه عن طريق فنيات هي الدعم الاجتماعي، والاستراتيجيات المعرفية، والثانية هي التعامل الذي يركز على المشكلة، حيث يتم خفض متطلبات الموقف المشكل أو الضاغط وتعزيز إمكانات التعامل الذاتية، ويمكن استعمال عدة استراتيجيات لهذا الغرض منها تركيز انتباه الشخص على عناصر الموقف، والسعي الجاد لطرح البدائل (الطريقة الإقدامية)، أو تجنب الموقف والهروب منه (الطريقة الإحجامية).

طرق التعامل تتغير مع العمر، من مرحلة لأخرى، ومهارات التعامل لدى الأطفال تكون محدودة بحدود قدراتهم المعرفية والعقلية، ولكنها تتطور مع التقدم بالعمر، بحيث تصبح متنوعة وناضجة في مرحلة الرشد، وتعود للانحدار في مرحلة الشيخوخة. ويمكن للفرد أن يخفض من الضغط النفسي في حياته بطرق عدة أبرزها:

1) المساندة أو الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد كما يقدمه للآخرين حين الحاجة، والذي قد يكون بالمعلومات، أو بالمال، أو بالتقدير.
2) التحكم الذاتي أو ضبط النفس، ويكون فيها الشخص متحملاً المسؤولية، كما يمكنه التخلص من الإحباط، وتنظيم عالمه الذاتي، وغدارة الوقت بفعالية.

وهنـاك العديـد مـن مهـارات التعامـل يمكـن للفـرد أن يتـدرب عليهـا وثبـت فعاليتهـا في خفـض آثـار الضـغوط وتـدبرها، مـن أبرزهـا: المعالجـة الدوائيـة، وطـرق العلاج السلوكي (مثل خفض الحساسية التدريجي والمنظم، والاسترخاء)، والتغذية الراجعـة الحيويـة، والنمذجـة أو التقليـد، إضـافة علـى الطـرق المعرفيـة (مثـل إعـادة البناء المعرفي، والعلاج العقلاني الانفعالي، والعلاج المعرفي، والتدريب علـى التحصين ضد الضغط)، وطريقتي التأمل والتنويم المغناطيسي.

مـن جهـة أخرى فإن فنيـات وطـرق تـدبر الضـغط النفسـي، مفيـدة وفعالـة في خفض ردود الفعل العضوية أو الجسمية التي يحدثها الموقف الضاغط، فقد ثبت فعالية التغذية الراجعة الحيوية، والاسترخاء، والتدرب على التحصين ضد الضغط، والعلاج العقلاني الانفعالي، والتأمل، في خفض الآثار العضوية الناتجة عن الضغط مثل ارتفاع ضغط الدم، وتعديل أعراض الشريان التاجي للقلب، وبالتالي تحسين الحالة الصحية للفرد. وقد تبين أن استعمال عدة طرق أفضل من طريقة واحدة. وقد ثبت ذلك حين جريت على عينات مختلفة، من الشباب والراشدين، في مجالات العمل، وفي الحياة اليومية.

# الفصل التاسع



## الألم (معنى الألم وطرق تدبره الإكلينيكي)



# الفصل التاسع

# الألم (معنى الألم وطرق تدبره الإكلينيكي)

- مقدمة.
- أولاً: ما هو الألم؟ "طبيعة الألم".
- ثانياً: أنواع الألم وأبعاده.
- ثالثاً: العلاج الطبي للألم.
- رابعاً: الطرائق السلوكية والمعرفية في معالجة الألم.
- خامساً: التنويم المغناطيسي والعلاج بالاستبصار الموجه.
- سادساً: عيادات الألم.
- سابعاً: العلاج بالتنبيه (التحريض)، والعلاج الطبيعي (الفيزيائي) لخفض الألم.
- ثامناً: خلاصة.

# الفصل التاسع
# الألم (معنى الألم وطرق تدبره الإكلينيكي)

مقدمة:

ماذا يمكن أن نفعل لنساعد الأشخاص الذي يعانون من الألم، وخاصة أولئك الذين تطور الألم لديهم حتى أصبح مزمناً؟ ما ذا يمكن أن نفعل لنساعد الأفراد الذي عولجوا من مرض أو إصابة (كبتر عضو)، ولكن مازالوا يشعرون بالألم، وخاصة أثناء عملية تأهيلهم للتكيف مع الوضع الجديد؟ سنتحدث في هذا الفصل عن طرق المساعدة التي يمكن استعمالها لإدارة الألم المزمن، ومعالجته. كما سنناقش التقنيات التي تطبق من أجل تصميم وتنفيذ برامج لمعالجة المرضى بهدف تدريبهم على التحكم بخبرات الألأم وتدبر سلوكياته لديهم. كما سنحاول الإجابة عن العديد من التساؤلات المتعلقة بتدبر الألم وخاصة المزمن، منها مثلاً الإجابة عن الأسئلة التالية: هل تعتبر طرق معالجة الألم الحاد فعالة بنفس الدرجة حين تطبق في معالجة الألم المزمن؟ وما هو دور وفعالية الدواء في معالجة الألم؟، وكيف يمكن للمرضى أن يقلصوا من استعمالهم لهذه الأدوية؟ وهل يمكن اعتماد طرق العلاج النفسية مثل التنويم المغناطيسي، أو طريقة الوخز بالإبر، وهل تكون هذه الطرق فعالة في خفض الألم؟ ما هو الألم الإكلينيكي؟، وما هي عيادات الألم، وهل هذه العيادات فعالة في مساعدة الناس على خفض الألم لديهم ومعالجته؟

## أولاً: ما هو الألم؟ "طبيعة الألم":

الألم pain هو خبرة حسية انفعالية لحالة من الانزعاج والضيق أو عدم الارتياح، ترتبط عادة بإصابة او أذية نسيجية حقيقية (Sanders,1985). في الحقيقة فإن جميع الناس يعانون من خبرة الألم في جميع مراحل النمو أو العمر، بدءاً من خبرة الولادة بالنسبة لكل من الأم والمولود، مروراً بخبرة ظهور الأسنان لدى الطفل، وإنتهاء بالإصابات، أو الأمراض في مراحل الطفولة والمراهقة والرشد.

بعض أنواع الألم يكون مزمناً chronic، كما هو الحال في مرض ألم المفاصل arthritis، وفي ألم أسفل الظهر، وفي حالات الصداع، والسرطان.

إن خبرة الناس للألم مهمة لعدة أسباب، السبب الأول، هو أنه لا توجد شكوى أكثر انتشاراً وشيوعاً كخبرة الألم، فهي من أكثر الشكاوي انتشاراً بين الناس، ووفقاً لأحد الباحثين، يعتبر الألم "العرض الأكثر انتشاراً في المجال الطبي، وأكثر الأسباب التي تؤدي إلى العجز أو الإعاقة، كما أنه، أبرز مؤشر يدفع الشخص لأن يطلب المساعدة الطبية والعلاج". وقد لاحظنا سابقاً، أن الناس أكثر سعياً لطلب المساعدة الطبية والمعالجة، وبدون تأخير، حين يعانون من الألم. السبب الثاني، هو أن الألم من أهم الخبرات الشعورية التي تدفع الشخص لطلب المعالجة. من جهة أخرى فإن الألم المستمر أو الشديد، يمكنه أن يسيطر على حياة صاحبه، ويعيق أدائه وممارسته لوظائفه ومهماته، في مجال العمل، والأسرة والعلاقات الاجتماعية، كما يعيق تكيفه الانفعالي أيضاً. والسبب الثالث، هو أن للألم تأثيرات اقتصادية واجتماعية في جميع المجتمعات والبلدان.وقد بينت إحدى الإحصائيات الأمريكية أن حوالي 10 مليون شخص يعانون من ألم حاد يعيقهم، ويشل قدرتهم على الإنجاز (Sander,1985).

**ثانياً: أنواع الألم وأبعاده:**

إن إحساسنا بالألم يختلف من شخص لآخر، حيث تختلف نوعية الألم التي يخبرها الناس. فيمكننا أن نتحدث عن ألم حاد sharp وألم من نوع خافت أو بسيط dull، والألم الحاد نفسه أنواع، فقد يكون وخزة ألم مفاجئة stabbing متقطعة أو مستمرة. وقد يكون ألماً ملتهباً burning pain ناتجاً عن حروق أو ألماً تشنجياً cramping، وقد يكون ألم حكة itching أو ألماً متواصلاً acing pain من جهة أخرى تختلف ظروف الألم وشروطه وعوامله، باختلاف منشئه، واستمرارية هذه الظروف والعوامل. وسنتحدث عن بعدين من الأبعاد التي تؤدي إلى اختلاف الألم، بدءاً من منشأه الذي قد يكون نفسياً، وانتهاء بالألم العضوي الذي يصيب عضواً معيناً تعرض للأذية أو الإصابة.

1) الألم العضوي مقابل الألم نفسي المنشأ:

الناس الذين يعانون من إصابات أو أذية عضوية جسمية معينة، كالحروق، يعانون من ألم مرتبط بالنسج أو العضو المصاب. فحين يتعرض الشخص لحروق في اليد، فإن نسج الجلد المصابة، تمثل مصدراً للشعور بألم موضعي في هذا العضو المصاب. وحين تحدث حالة الضيق والانزعاج الناتج عن الإصابة النسيجية للعضو، نقول إن هذا الألم عضوي المنشأ organic pain، ولكن في أنواع أخرى من الألم لا يكون هناك أي عضو أو نسيج معين قد تعرض لأية إصابة أو أذية كما تكشفها الفحوص الطبية، وبالتالي لا يكون للألم أي منشأ عضوي جسمي محدد، من هنا فإن حالة الضيق والانزعاج التي يعيشها الشخص تجعله يشعر بالألم من النوع نفسي المنشأ psychedelic pain ومن امثلة هذا النوع من الألم بعض الهلوسات النفسية التي يعيشها بعض الأفراد، مثل "المريض الفصامي الذي يقرر أنه تعرض لطلق ناري في الحرب وأنه مصاب"، فمثل هذا الشخص يعيش خبرة ألم نفسية المنشأ. والكثير من المرض الذهانيين يعانون من الألم نفسي المنشأ بسبب الهذيانات والمعتقدات، والتوهمات التي تسيطر عليهم. ومنذ مدة وجيزة، بدا الباحثون يدرسون نوعي الألم عضوي المنشأ ونفسي المنشأ بشكل مستقل ويعتبرانه خبرتين منفصلتين، ففي الألم نفسي المنشأ، لا توجد إحساسات واقعية أو حقيقة، كما هو الحال في الألم عضوي المنشأ. ففي الأخير يعيش الشخص خبرات حسية حقيقية ناتجة عن العضو المصاب، أما في الألم نفسي المنشأ فلا توجد مثل هذه الإحساسات الموضعية الحقيقية أو الجسمية. ويدرس الآن المتخصصون كل أشكال الألم على أنها خبرات تتضمن عوامل نفسية وعضوية معاً، وبالتالي تلعب هذه العوامل مجتمعة دورها في خبرة الألم. من هنا فإن بعدي الألم نفسي المنشأ، وعضوي المنشأ يشتملان كلاهما على عوامل وأسباب نفسية وعضوية، ويمكننا النظر إليهما على أنهما يقعان على خط متصل continuum ولا يمكن الفصل بينهما، وبالتالي فإنهما خبرة واحدة تختلف من الناحية الكمية وليس النوعية. فبعض خبرات الألم هي اجتماع لكلا النوعين من العوامل النفسية والعضوية معاً. إن تجمع هذه العاملين (النفسي والعضوي) في حدوث خبرة الألم، تبدو واضحة في حالات كثيرة

منها: الصداع التوتري، والانقباضي، والتي تزداد حالة الألم مع ازدياد تعرض الشخص للضغوط النفسية والقلق. ولكن بعض المرضى يخبرون حالات من الانزعاج والضيق المزمن بدون أن يكون له أي أساس أو سبب عضوي، ويسمي علماء النفس هذه الحالة "مرض الألم"، "pain disorder"، (والتي تصنف ضمن أمراض التجسيد أو الجسمنة أي الأمراض النفسية التي تأخذ المظاهر الجسمية somaoziation)، والتي تتسبب في حدوثها الأسباب النفسية. ويجب الانتباه بأنه حين نجد أسباباً عضوية جسمية للألم، فلا يعني هذا أن هذا العامل هو الوحيد، فقد تتدخل فيه أيضاً العوامل النفسية. ولسوء الحظ، فإن الكثير من العاملين في المجال الطبي والرعاية الصحية، مازالوا يعتقدون بأن كل اشكال الألم إنما ناتجة عن أسباب ومنشأ عضوي جسمي.

2) الألم الحاد مقابل الألم المزمن:

إن خبرة الألم التي يعيشها الشخص، سواء كانت متواصلة، أم متقطعة خلال مدة زمنية تستغرق عدة أشهر وسنوات، تختلف عن تلك التي تحدث بشكل منفصل لفترة زمنية قصيرة. إن طول أو مدة الخبرة التي يعيش فيها الشخص حالة الألم بعداً أكثر أهمية في وصف الألم الذي يعانيه هذا الشخص. إن أثر حالات الألم التي يخبرها الناس هي حالة الألم المتقطعة قصيرة الزمن، والتي تستغرق دقائق، أو ساعات، أو أياماً أو أسابيع فقط، ويستخدم فيها الشخص المسكنات أو مضادات الألم أو أي دواء يصفه الطبيب. وإذا مر الشخص مستقبلاً بخبرة ألم مشابهة فليس بالضرورة أن تشبه خبرة الألم السابقةوتشبه هذه الحالة الكثير من خبرات الألم التي نمر بها في حياتنا اليومية مثل : الصداع، والألم الذي يحدث بسبب أذيات في الأسنان، أو ألم العضلات، والكسور الناتجة عن حوادث أو صدمات.

فالألم الحاد acute pain هو حالة من الضيق والانزعاج الذي يخبره الناس لفترة زمنية محدودة أو مؤقتة temporary والتي لا تستغرق مدتها أطول من 6 اشهر تقريباً.. ومرضى هذا النوع من الألم يعانون درجات مرتفعة من القلق

المتزامن مع الألم، ولكن الضيق الذي يشعرون به يقل مع تحسن الحالة وانخفاض مشاعر الألم. وحين تطول خبرة الألم لمدة أكثر من بضعة أشهر، تسيطر على الشخص درجات عالية من القلق، وربما تتطور لمشاعر اليأس، والعجز، لأن مختلف طرق المعالجة ستفشل في تخفيف هذه المشاعر.

وقد يسيطر الألم على حياة الشخص بصورة متواصلة، كما يحدث حين يمر الشخص بالألم المزمن chronic pain والحالة التالية توضح ذلك"يعاني الشخص من ألم متواصل لا ينقطع، إنه لا يشعر بالراحة إلا حين ينام بهدوء، وبدون كوابيس، ونادراً ما يحدث هذا، كما أنه يشعر باستنفاذ الطاقة، والإرهاق، إنه بحالة توتر وتهيج متواصل مع أفراد الأسرة، كما أن أصدقائه قد نفروا منه، وقلت الاهتمامات والأنشطة لديه، إنه يعيش حالة ألم مستمر، لدرجة لم يعد يكترث بالعالم حوله، ولكن الشيء الوحيد الذي يكترث به دوماً هو الذهاب إلى الطبيب والصيدليات بهدف مواجهة خبرات الألم لديه".

تختلف خبرات الناس للألم المزمن عنها بالنسبة للألم الحاد، فالناس يتشابهون في خبراتهم للألم الحاد، ولكنهم يختلفون فيما بينهم بوضوح في خبراتهم للألم المزمن، لأن العوامل النفسية والشخصية تلعب دوراً كبيراً في هذا النوع من الألم. من جهة أخرى فإن الكثيرين من الذين يعيشون حالة الألم المزمن يتركون العمل لأسباب انفعالية وجسمية، ويعيشون بمستويات اقتصادية مادية منخفضة في نفس الوقت بما يلبي احتياجاتهم من الدواء المخفف للألم.

والناس الذي يخبرون الألم المزمن يعتمدون على نوعين من العوامل:

1) فيما إذا كانت حالتهم الأساسية سليمة (لا يوجد مرض خطير أو خبيث)، أو يعانون من مرض خبيث أو خطير يقف خلف خبراتهم للألم المزمن.
2) فيما إذا كانت حالة الضيق والألم متواصلة، أم تحدث بشكل متقطع. واستناداً إلى هذين العاملين يمكن تصنيف الألم المزمن إلى ثلاثة أنواع:

2 – 1 – الألم المزمن/ والمتكرر (معاود الحدوث) chronic\recurrent pain وهو الألم الذي تكون أسبابه سليمة وليس له أساس عضوي خبيث أو خطير، والذي يحدث على شكل نوبات من الألم يتخللها فترات راحة. ومن أمثلة هذين النوعين من الألم: الصداع النصفي أو الشقيقة، والصداع التوتري الانقباضي، والنوع الثاني هو الألم الناتج عن طلق ناري أو إشعاع، وكذلك الألم الخفيف الذي يحدث في العضلات، وفي الأنسجة المرافقة في الرأس والرقبة، وأحياناً ألم الظهر. فألم الشقيقة والصداع التوتري من أنواع الألم المزمن، أما ألم العضلات أو الناتج عن طلق ناري أو حادثة، فهو من الألم المتكرر.

2 – 2 – الألم المزمن غير الخبيث أو غير الخطير chronic\benign pain، الذي يحدث طوال الوقت، أي متواصل، ولكن بدرجات مختلفة من حيث الشدة، وليس له أساس عضوي، كما هو الحال في النوع السابق، ويعتبر ألم أسفل الظهر من أبرز هذه الأنواع.

2 –3– الألم المزمن المتصاعد chronic\ progressive pain ويتصف بأنه ألم مستمر ومتواصل يرافقه حالة من الإزعاج والضيق المستمر ويصبح مع مرور الزمن شديداً، حيث يتطور، كما هو الحال في الألم الناتج عن السرطان، وألم المفاصل (عبدالله، 1996).

3) كيف ندرك الألم ونشعر به:

هناك عدد من المدركات الحسية التي يستعملها الإنسان، إلا أن الإحساس بالألم يتميز بعدة خصائص فريدة، تميزه من الخبرات الحسية الأخرى: الأولى، بالرغم من وجود الياف عصبية حسية تنقل المثيرات أو الإشارات الحسية إلى الدماغ، فإن الخلايا الحسية المستقبلة بالنسبة للألم، مختلفة عن تلك التي تنقل المثيرات الحسية الأخرى، كالرؤية مثلاً. ففي الحين الذي يتضمن نظام الرؤية خلايا مستقبلة خاصة تنقل فقط المثيرات والرسائل المتعلقة بنوع خاص من المثيرات وهي

الضوء، فإنه لا توجد خلايا ومستقبلات خاصة في الجسم تنقل فقط المعلومات أو الرسائل المتعلقة بالألم. الثانية، يشعر الجسم بالآلام استجابة للعديد من المثيرات الضارة والمؤذية، مثل الضغط الجسمي كالحرارة الشديدة، والبرد القارس. الثالثة، يتضمن إدراك الألم عادة مشاعر وخبرات انفعالية قوية، وقد رأينا أن الألم يتضمن عمليات فيزيولوجية ونفسية معقدة.

3 – 1– الألم فيزيولوجي المنشأ:

من أجل وصف إدراك الألم فيزيولوجياً، سنصف ردود الفعل العضوية الجسمية للأذى الذي تتعرض له النسج،كما هو الحال حين يتعرض الشخص لحرق، أو جرح في اليد. فالمثيرات الضارة والمؤذية، تثير ردود فعل واستجابات كيماوية ترافق الأذية أو الإصابة، والمواد الكيماوية التي تم إطلاقها تحدث بشكل طبيعي، ومن أهم هذه المواد التي يتم إفرازها: السيروتونين، والهيستامين، والبريديكنين ن والتي تحسن وتنشط جهاز المناعة وتقويه في مثل هذه الحالات، والتي تنشط في نهايات الألياف العصبية في المناطق المصابة. يتم نقل الإشارات والمثيرات الخاصة بالإصابة أو الأذية عبر العصبونات المستقبلة في الجهاز العصبي المحيطي أو الطرفي إلى النخاع الشوكي، والذي يحمل هذه الإشارات والمثيرات إلى الدماغ.

إن نهايات الألياف العصبية التي تستجيب للألم في المنطقة المصابة أو مكان الأذية، تسمى المستقبلات الحسية للألم nociceptors، وليس لهذه الألياف تركيب خاص في تحديد الأذية، إنها ببساطة نهايات ألياف حرة أو مستقلة، ويمكن أن تجدها في الجلد، والأوعية الدموية، والأنسجة، والعضلات، والمفاصل. وحين يتم تنشيطها وإثارتها، فإنها كغيرها من المستقبلات الحسية الأخرى، تعمل على تنشيط الدفعات أو الناقلات العصبية التي تنقلها عبر الألياف المحيطية المستقبلة باتجاه الجهاز العصبي المركزي. وهناك عدة أنواع من الألياف المحيطية المستقبلة، ولكن مثيرات أو إشارات الألم يتم نقلها بواسطة نوعين فقط من هذه الألياف، هي:

1. ألياف دلتا (أ) Delta fibers والتي تحوي الميلانين وهي المادة التي تساعد العصبونات على نقل الدفعات أو السيالات العصبية التي تحمل إشارات الألم بسرعة فائقة. ترتبط ألياف دلتا (أ) بالألم الحاد، والموضعي (كألم الجروح والحروق).
2. ألياف (س) C fibers تنقل الدفعات العصبية ببطء، لأنها لا تحتوي على الميلانين، وتحدث حين مخبر الألم الخفيف، كألم الصداع.

إن إشارات الألم القادمة عبر ألياف دلتا (أ)، وألياف (س)، تمر عبر ممرات وطرق مختلفة حين تصل إلى الدماغ. فإشارات الألم التي تحملها ألياف دلتا (أ) والتي تعكس الألم الحاد، تمر عبر مناطق محددة في التلاموس (المهاد) ومنه إلى المناطق الحسية، والحركية الموجودة في القشرة المخية. ويعني هذا أن إشارات ومثيرات الألم الحاد تأخذ حيزاً واهتماماً كبيراً من إدراكنا وشعورنا الحسي، وربما هذا هو السبب الذي يجعلنا نستجيب لها بسرعة أكبر. من جهة أخرى، فإن ألياف (س) التي تحمل إشارات ومثيرات الألم الناتج عن الحروق والصداع، فإنها تنهي في الدماغ المتوسط، والجزء الأسفل من مقدم الدماغ، في الجملة اللمبية، والتلاموس، والهيبوتلاموس. إن وصول الدفعات العصبية إلى هذه المناطق المختلفة من الدماغ، تبين تعقد الشبكة العصبية لهذه العصبونات. وأن إشارات ومثيرات الألم الخفيف أقل إثارة لانتباهنا واهتمامنا من الألم الحاد، ولكنه يؤثر في مزاجنا وحالتنا الانفعالية العامة وفي دوافعنا.

إن تفسيرنا للأساس العضوي والعصبي للألم ونقل مثيراته أو إشاراته، توضح لنا كيفية إدراكنا له، وما هو الطريق الذي يسلكه حتى نشعر به. إن إحدى الظواهر التي تبين تعقد الطريق الذي يمر به الألم حتى ندركه أو نشعر به، هو الألم الذي ينشأ من الأعضاء الداخلية internal organs، فهذا النوع من الألم يتم إدراكه على أنه ناتج عن مناطق أو أجزاء مختلفة من الجسم، وخاصة من الأجزاء التي تقع تحت سطح الجلد مباشرة، وهذا ما يسمى بالألم الرجعي أو الراجع referred pain.

إن الألم الذي يخبره مرضى النوبات القلبية يقدم مثالاً واضحاً عن هذه الظاهرة: حيث يرجع referred الألم إلى الكتفين ومنه إلى الصدر، والذراعين. ومن الأنواع الأخرى للألم الرجعي:

- إدراك الألم الذي يحدث في الكتف والذي ينتج عن التهابات في الحجاب الحاجز.
- ألم الأذن، أو الألم الذي يحدث في أجزاء معينة من الفم والناتج عن ألم الأسنان.
- ينتج الألم الرجعي عندما تأتي الدفعات العصبية من الأعضاء الداخلية والجلد، والتي تمر عبر نفس الممرات في النخاع الشوكي إلى الدماغ. ولأن خبرات الناس متشابهة في الإحساسات الناتجة عن الجلد أكثر من تشابه خبراتهم بالنسبة للأعضاء الداخلية، فإنهم يميلون لإدراك الدفعات العصبية في النخاع الشوكي كما لو أنها قادمة من الجلد. ومن الأمور الأخرى التي تعقد من فهم إدراكنا للألم، هو أن الناس يشعرون بألم دون أن يكون له أساس عضوي جسمي، وهو الألم نفسي المنشأ أو الخارجي. (Sander,1985).

3 – 2– الألم نفسي المنشأ أو الألم الذي ليس له أساس عضوي واضح:

يخبر بعض الناس حالات من الألم مبهمة، وغامضة، بدون أن يكون لها سبب واضح، فلا يكون هناك مثير مؤذ، أو إصابة محددة ورائه. معظم حالات الألم هذه ترجع إلى واحدة من متلازمات الألم الثلاث التالية: الألم العصبي neuralgia، وألم المحرق (الحراق) causalgia، والألم الطرفي phantomlimbpain تبدأ هذه الأعراض جميعها بخلل أو إصابة في النسج، ولكن الألم فيها:

1. يستمر فترة طويلة حتى بعد المعالجة والشفاء.
2. قد تنتشر وتتوسع وتزيد، لتصبح شديدة.
3. ربما تصبح اقوى من الألم الذي خبره الشخص عند بداية الإصابة.

- الألم العصبي neuralgia وهي متلازمة أو تناذر ألم شديد حيث يخبر المريض عودة نوبات الألم، التي يشعر بها على طول العصب وإحدى متلازمات الألم هذه هو الألم العصبي الثلاثي التوامي trigeminal neuralgia (ألم خاص بالعصب ثلاثي التوأم)، وهو ألم مبرح وشديد ناتج عن تشنج يحدث على طول العصب ثلاثي التوأم والذي تظهر ملامحه على وجه المريض. وتحدث نوبات الألم هذه فجأة، وبدون إنذار وعلامات مسبقة، ويمكن أن تنشط هذه النوبات وتزداد من خلال التعرض لمثيرات ومنبهات لاضرر منها أو غير مؤذية، مثلاً، استعمال قطعة قطن ومسح سطح الجلد فيها يمكن أن يثير نوبات الألم هذه.
- الألم المحرق (الحراق) causalgia وهي متلازمة ألم تحدث بعد الشفاء من حروق، وقد يذكر المريض بأن الألم الذي يشعر به "يشبه تياراً حاراً"، والألم الذي يشعر به المريض يشبه الألم الذي يخبره الشخص حين يتعرض لجرح. ولحسن الحظ فإن قلة من مرضى هذا الألم ممن تستمر خبرة ونوبات الألم معهم بعد المعالجة والشفاء.
- ألم الأطراف الكاذب (ويسمى ألم الأطراف الشبحية) phantom limb pain وهو نوع خاص من الألم الذي يعتبر محيراً وغير واضح، ويحدث لدى المرضى الذين تعرض أحد أعضائهم للبتر، أو تعرض الجهاز العصبي المحيطي للأذية والإصابة في جزء منه، حيث يشعر المريض بأن الطرف المبتور (ساق أم ذراع)، لم يعد طويلاً ومكتملاً كما كان، وأن أعصاب الجهاز العصبي المحيطي لم تؤدِ وظيفتها بشكل كامل، فقد تعرض أداؤها للخلل. فبعد عملية البتر، يقول الكثير من المرضى، بأنهم يحسون بأن الطرف ما يزال موجوداً — ويقول بعضهم بأن الطرف المبتور ما يزال يتحرك — من هنا يشعر الكثير من هؤلاء المرضى بالألم المستمر. وأول من تحدث عن هذا النوع من الألم طبيب الأعصاب الأمريكي ميتشل عام (1866) حين كتب مقالته الأولى عن الأطراف الشبحية في مجلة الأطلسي الشهرية، كقصة قصيرة تعبر عن معاناة أحد المرضى الذين بترت أطرافهم السفلية، حين يقول المريض: "لقد أحسست فجأة بتشنج حاد في ساقي اليسرى، وحاولت الوصول إليها بذراعي الوحيدة، ولكن بسبب ضعفي، ناشدت أحد العاملين بالمستشفى أن يحك لي ربلة ساقي

اليسرى. ريلة عفواً يا صديقي ليس لديك ساق إنها مقطوعة". ويقوم عالم النفس العصبي (بيلزاك) – صاحب نظرية التحكم ببوابة الألم– بدراسة هذا النوع من الألم في عيادة الألم بمستشفى مونتريال بكندا (ميلزاك، 1999).

لماذا يشعر بعض المرضى بالألم رغم عدم تعرضهم لمثير أو منبه مؤذ؟ ربما يتعلق الأمر بالتلف أو الضرر العصبي الذي يزيد من مشاعر الألم كما في ألم الأطراف المبتورة. وربما يحدث بعض الضرر أو التلف الجانبي، مما يطور من مشاعر الألم هذه. ولحسن الحظ، هناك بعض المرضى الذين يعانون من تلف واضح ولكن لا يشعرون بهذا النوع من الألم، مما يجعلنا في حيرة في هذه الأنواع من الألم التي لم تلقى تفسيراً واضحاً ومثبت علمياً حتى الآن، وبالتأكيد مثل هذه التفسيرات تطلب من الباحثين دراسة تفاعل العوامل العضوية والنفسية.

4) الدور الذي يلعبه "معنى" الألم بالنسبة للشخص:

بعض الناس يرغبون بالألم، على الأقل تحت بعض الظروف، كما هو الحال لدى المازوخيين جنسياً (نوع من الانحراف الجنسي لا يحقق فيه الشخص متعته الجنسية إلا إذ تلقى تعذيباً من الطرف الآخر). يختلف معنى الألم بالنسبة للناس. فيعتقد بعض علماء النفس أن الأشخاص يرغبون في الألم وفقاً النظرية الإشراط الكلاسيكي، من خلال مشاركته، أو رؤيته لأنشطة تربط (تقرن) مباشرة الألم بالمتعة أثناء النشاط الجنسي. وقد تبين أن "معنى" الألم يمكن أن يتغير من خلال اقترانه باللذة التي تأتي من الحيوانات. مثلاً، بين بافلوف أن ردود فعل الحيوانات السلبية تجاه المثيرات المنفرة أو المكرهة كالصدمة الكهربائية، يمكن أن تتغير إذا تم استبدال المثير بإحضار الطعام. سيحاول الكلب التقرب من المثير المنفر الذي يعتبر الآن مؤشراً على وجود الطعام، وأن الخطر لن يأتي.

لقد قدم الطبيب هنري بيشر Heney Beecher (1956)، مثالاً دراماتيكياً حول الطريقة التي يؤثر فيها "معنى" الألم في خبرة الناس له. فالمعنى الذي يعطيه الأفراد للألم يختلف من شخص إلى آخر. فخلال الحرب العالمية الثانية، فحص هنري بيشر الجنود الذين عانوا من جروح تم إدخالهم إلى المستشفى بهدف العلاج. وكان هناك 49٪ منهم فقط هم الذين يعانون من ألم "خفيف" وألم " شديد"، وأن نسبة 32٪ قرروا أنهم يريدون "شيئاً ما لتخفيفه أو تسكينه".

وبعد عدة سنوات، أجرى بيشر فحوصاً مماثلة، ولكن في هذه المرة على أناس مدنيين، خضعوا لعمليات جراحية، وبالرغم من أن الجروح التي أجريت لها العمليات الجراحية هي نفس المناطق التي كان الجنود قد أصيبوا بها، إلا انه لدى الجنود أشد خطورة منها لدى المرضى المدنيين. وهناك 75٪ من المدنيين الذي قالوا بأنهم يعانون من ألم "حاد" أو بسيط فإن 83٪ طلبوا المعالجة. فلماذا لم يشعر الجنود بالألم القاسي والشديد الذي يعانونه مقارنة بالمدنيين؟ يفسر بيشر ذلك في ضوء "معنى" الألم بالنسبة للجنود:

"لقد كان هؤلاء الجنود متفائلين لأن المعركة قد انتهت، وأنهم سيذهبون لبيوتهم، وأنهم سيغادرون هذه المنطقة الخطرة، فالجروح التي تعرضوا لها كانت بمثابة مؤشر وعلامة على نهاية الكارثة بالنسبة لهم".

أما بالنسبة للمدنيين من المرضى الذين خضعوا للعمليات الجراحية، فإن الجروح هي بداية الكارثة والأزمة بالنسبة لهم، وأن هذا الوضع يعتبر بمثابة ظرف سيؤدي إلى خلل واضطراب في أسلوب حياتهم. وقد تحدثنا في فصل سابق كيف أن العمليات المعرفية والانفعالية والاجتماعية للفرد، تعتبر عوامل مؤثرة في طريقة استجابتنا للمواقف، ولا يمكننا أن نفهم رد فعل الفرد واستجابته للمثيرات المؤلمة بدون أن نأخذ هذه العوامل بعين الاعتبار، والمثال الواضح على ذلك، الرياضي الذي لا يشعر بالألم حين يصاب في الملعب – رغم خطورة الإصابة أو شدة الألم– ولكن تفكيره، ومعتقداته، والموقف الاجتماعي التنافسي الذي هو فيه صرفه عن الشعور بها. والنظريات التي تفسر الألم، تبين لنا بوضوح دور هذه العوامل في إدراك الألم والشعور به.

5) الألم الإكلينيكي:

ليست جميع حالات ومشاعر الألم التي نخبرها ونعانيها في حياتنا اليومية تحتاج إلى معالجة طبية متخصصة، وليست جميعها تتطلب مثل هذه المعالجة. يعزى مصطلح الألم الإكلينيكي clinical pain إلى اي نوع من الألم الذي يحتاج

أو يتطلب معالجة طبية متخصصة ويتلقاها بالفعل. فالألم ربما يكون حاداً، أو مزمناً، وفي كلا الحالتين قد ينتج عن أسباب معروفة أو غير معروفة. فالألم الإكلينيكي يستدعي معالجة طبية متخصصة لأنه يحتاجها بحد ذاته، وليس لأنه عرض أو مؤشر لمرض متقدم ومعقد مثل السرطان، وآلام المفاصل. إن الشفاء من الألم ومعالجته مهم للعديد من الأسباب الإنسانية، إضافة إلى الفوائد أو المكاسب الطبية والنفسية الاجتماعية للمريض. فلننظر الآن في هذه القضايا أو المكاسب الطبية والنفسية الاجتماعية المرتبطة بمعالجة الألم الإكلينيكي وتدبره.

## 5 – 1 – الألم الإكلينيكي الحاد:

عند استعمال تقنيات الوقاية من الألم الحاد معالجته، يطبق الأطباء المتخصصون العديد من الطرق التي يمكن اتباعها بسلاسة وسهولة، بهدف خفض القلق والضغط النفسي لدى المريض، وبالتالي مساعدته بسرعة. إن أكثر خبرات الألم الحاد التي يمر بها الناس في حياتهم اليومية لها قيمة حياتية ضئيلة، أي أنها ليست خطيرة على حياتهم. ولكن بالمقابل هناك أهمية وقيمة للألم الذي يعيشه البعض: فما القيمة الحياتية للألم (خطورته على حياة المريض) الذي يعانيه مرضى الأسنان والذين خضعوا لعملية جراحية في الأسنان، وعولجوا منها؟ ولكن السؤال الأهم هو كيف يمكننا أن نحسن حياة الأفراد الذين تمت معالجتهم من أمراض معينة، ولكنهم مازالوا في المستشفى عدة أيام بعد العملية الجراحية؟ حين تكون الرعاية الطبية متاحة بالنسبة للمرضى، فليس لهذا الألم أية قيمة، أي ليس للألم فوائد أو مكاسب معينة. فحين المعالجة وبعد العملية الجراحية، تبين أن 30٪ من المرضى يعانون من ألم خفيف في الولايات المتحدة الأمريكية، وان 30٪ يعانون من ألم متوسط الشدة، مقابل 40٪ يعانون من ألم حاد وشديد (Chapman,1984). وتختلف مستويات الألم أو شدتها، وذلك حسب نوع العملية الجراحية التي يخضع لها المرضى، وغلى تنوع العوامل النفسية والاجتماعية، مثل: خبرات المريض الطبية السابقة، والقلق السابق الذي عاناه قبل العملية الجراحية، والاحساسات أو المشاعر التي يتوقع أن يخبرها بعد العلمية.

إن ألم ما بعد العملية الجراحية postoperative pain الذي لم يتم خفضه، ولم ينتهي بالكامل، قد يخلق ردود فعل عضوية وجسمية، تعمل على تطوير تعقيدات وشكاوي مرضية ومظاهر بدنية غير طبيعية ربما تقود إلى الموت.مثلاً، حين لم يتم معالجة الألم، أو تدبره بشكل دقيق بعد العملية الجراحية، فقد تحدث تشنجات بعد عمليات جراحية في البطن أو الصدر، تمنع المرضى من التنفس العميق، أو تناول الأكسجين الكافي، وقد تحدث قحة وسعالاً شديدين، مما يساعد على دخول البكتريا، أو حدوث العدوى البكتيرية في الرئتين، كما تسبب مرض ذات الرئة pneumonia.

5 – 2 – الألم الإكلينيكي المزمن:

حين يستمر الألأم (تطول مدته)، ويصبح مزمناً، يبدأ مرضى هذا الألم بإدراكه، وتفسير طبيعته أو النظر إليه بطرق مختلفة. ومع أنه في حالة الألم الحاد، يكون هذا الألم منفراً، ومكروهاً، إلا أن فترته تكون قصيرة، ويتوقع المريض نهايته، ويعتبره حالة مؤقتة وطارئة في حياته. ولكن حين يستمر الألأم وتطول مدته، نلاحظ مشاعر الغضب، والخوف، والخمول لدى هؤلاء المرضى، ويبداون بالبحث عن أطباء أو متخصصين آخرين أكثر كفاءة برأيهم. ربما يكون مثل هذا الإجراء فعالاً وبناءً، ولكن حين لا ينجح مثل هذا الإجراء، ويرى المريض بأنه ليست هناك أية علاقة بين الألم والضيق الذي يشعر به وبين المعالجة وأن الألم لم ينخفض مع طول مدة الرعاية والعلاج، ستزداد لديه مشاعر اليأس، والعجز، ما يدفعه إلى تلمس أو طلب المساعدة الإرشادية، وبتردد.

تعتبر فترة الانتقال من حالة الألم الحاد إلى الألم المزمن، فترة زمنية حرجة، حين يسيطر على الكثير من هؤلاء المرضى مشاعر اليأس، والعجز (Keefe,1982)، كما تتطور لدى الغالبية منهم أعراض: توهم المرض، والاكتئاب، والهستريا (وهي الأمراض العصابية التي تسيطر على مرضى الألم وفقاً للمقاييس الإكلينيكية في المجال الطبي)، لتصبح هذه الأعراض السمات المميزة

لشخصية هؤلاء المرضى، وخاصة لدى مرضى الألم المزمن. يرافق ذلك حدوث تغيرات أساسية في أسلوب ونمط حياتهم، وخاصة في الأسرة، والعمل. من جهة أخرى فقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن بعض المرضى الذي عانوا من ألم مزمن طويل بعد المرض وطول مدة المعالجة، قد سيطرت عليهم مشاعر اليأس، ثم سيطرت عليهم الأفكار الانتحارية (Keefe,1982)، وكلما طالت خبرة الألم المزمن، تزداد المشكلات النفسية والاجتماعية، وتسوء العلاقات البين شخصية، وذلك على العكس من حالات الألم الحاد.

فالأفراد الذين تلقوا معالجة للتخلص من الألم، بعد تطوره إلى حالة ألم مزمن، قد اظهروا اعراضاً عضوية، ونفسية واجتماعية، تسمى "متلازمة الألم المزمن" "chronic pain syndrome"، والتي وضعها عالم النفس ستيفن ساندرز (Steven Sanders,1985). وقال إن متلازمة الألم المزمن، تشتمل الأعراض التالية:

- تلف في الأنسجة قد يكون بسيطاً أو كبيراً.
- استمرار شكاوي الألم، والسلوكيات المرافقة له، مثل الغضب، والتمايل، والضيق، والتبرم.
- خلل في ممارسة الأنشطة اليومية، تظهر بأحد مظهرين: إما تقليص في ممارستها، أو خلل في ادائها (ضعف الإنجاز).
- خلل في الأنشطة والأعمال والواجبات اليومية على المستوى الشخصي، والأسري، والمهني.
- استعمال مفرط للأدوية أو العقاقير، أو طلب إجراء عمليات جراحية أخرى للتخلص من الألأم.
- اضطراب في النوم، وتناول الطعام.
- سيطرة القلق والاكتئاب.

يظهر مرضى الألم المزمن عادة الأعراض الثلاث الأولى منها، والتي تسيطر عليهم طول فترة المعاناة. ويمكننا القول بأنه كلما كثرت الأعراض المسيطرة على المريض، كلما زاد تكيفه سوءاً وخللاً في مختلف المجالات. وبسبب الاختلاف بين الألم الحاد والألم المزمن من حيث: الاستمرارية (المدة الزمنية)، والآثار التي تتركها على الضحية، فإن طرق المعالجة يجب أن تختلف وفقاً لذلك. فعلى المختصين من الأطباء أن يميزوا بين هذين النوعين من الألم، من أجل أن يقدموا المعالجة المناسبة لكل منها، وفقاً لحاجة المريض (Chapman,1991).

## ثالثاً: العلاج الطبي للألم:

منذ قرون مضت، كان الفلاحون في المجتمعات الغربية يعالجون الألم الذي يعانونه عن طريق إدخال غصن شجرة في منطقة مهمة من مناطق أجسامهم، بهدف امتصاص الألم من الجسم .ومن أجل منع حدوث الألم بسبب هذا الغصن، كان يتم دفن الغصن في الأرض. وهناك ممارسات مماثلة كان يتم استعمالها في الماضي بهدف تدبير الألم ومعالجته، وقد تم تطبيق بعضها حتى من قبل الأطباء. ففي القرنين التاسع والعشرين، تم استعمال طرق شرائط من الأفيون للمعالجة، ويستعمل الكثير من الناس مواداً مخدرة بهدف تخفيف الألم، وكان الأطباء يستعملونها قبل العمليات الجراحية ن منذ القرن الثامن عشر. ويستعمل الأطباء حالياً التخدير في المجال الطبي، والأدوية المخدرة بهدف خفض مشاعر الضيق والألم.

### 1) الجراحة كطريقة في معالجة الألم:

تعتبر الجراحة من الطرق التقليدية في معالجة الألم المزمن، وبعض الطرق الجراحية أفضل، وأكثر فائدة من بعضها الآخر. ففي بعض الطرق الجراحية يتم قطع بعض الوصلات العصبية في أجزاء من الجهاز العصبي المحيطي أو الطرفي، أو في النخاع الشوكي، وبذلك يتم منع مرور إشارات أو منبهات الألم من وصولها إلى المخ. وتعتبر هذه الجراحة من الطرق الخطيرة، لأنها قد تحدث شللاً لدى الشخص. من جهة أخرى فحتى إذا قلصت مشاعر الألم، إلا انها لا تساعد على

خفض الألم لفترة طويلة، فكثيراً ما يعود الألم بعد أيام أو أشهر من الجراحة، هذا فضلاً عن الخلل والأذى الحسي الذي ينتج عنها، والذي تكون آثاره أخطر بكثير من المشكلة الأساسية. وبسبب مخاطر هذا النوع من الجراحة في معالجة الألم، نادراً ما تستعمل اليوم في معالجته.

ومن الطرق الجراحية الأخرى في معالجة الألم والتي لا تعمد على قطع وصلات عصبية في الألياف العصبية، والتي تعتبر أكثر نجاحاً، طريقة شق أو استئصال الغشاء الزليلي synovectomy وهي تقنية ينزع عن طريقها الجراح الأغشية الملتهبة في المفاصل لدى مرضى المفاصل. وهناك طريقة وهي اندماج الفقرات spinal fusion التي يتم فيها جمع أو دمج فقرتين أو أكثر من الفقرات المتجاورة لدى المرضى الذين يعانون من ألم الظهر. وتعتبر المعالجة الجراحية من الطرق واسعة الانتشار في الولايات المتحدة الأمريكية والدول الغربية، ومع ذلك لا توجد دلائل علمية كافية على فعاليتها طويلة الأمد، كما لا توجد دلائل تظهر تفوقها على غيرها من الطرق العلاجية الأخرى. ولهذه الأسباب لا تستخدم إلا نادراً جداً في البلدان النامية. وتعتبر طريقة المعالجة بالجراحة من الطرق المناسبة بالنسبة لمرضى العظام الذين يعانون من الألم المزمن. ولكن الأطباء والجراحين يفضلون اتباع طرق العلاج الطبي، والكيماوي وخاصة لدى المرضى الذين لم يصلوا إلى مرحلة العجز (Keefe,1982).

2) الطرائق الكيماوية في معالجة الألم:

بالرغم من أن البحوث الطبية قد توصلت إلى نتائج متطورة في مجال معالجة الألم منذ القرن التاسع عشر، إلا ان هذا التطور كان بطيئاً. يهتم المختصون في مجال الطب والعلوم الطبية بتطوير طرق معالجة الأمراض اكثر من اهتمامهم بطرق خفض الألم وتدبره. ومنذ تسعينيات القرن الماضي (أي منذ عقدين من الزمن) فقد بدا المؤسسات الصحية ومراكز البحوث الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية بتقديم نصائح للأطباء والمتخصصين، تبين لهم أن:

1) معظم المرضى يعانون من آلام مزمنة بعد المعالجة.
2) وأنه يجب خفض الألم لديهم قدر الإمكان سواء باستعمال الأدوية، أم طرق الاسترخاء وغيرها من الطرق.
3) كما اوصت بأن اتباع طرق خفض الألم يسرع من الشفاء. فما هي طرق العلاج الكيماوية المتبعة في معالجة الألم الحد والمزمن وخفضهما أو تدبرهما؟

2- 1- العلاج الدوائي لخفض الألم الحاد (معالجة الألم الحاد بالدواء أو العقاقير):

هناك العديد من الأدوية الفعالة في خفض الألم الحاد، وخاصة بعد العمليات الجراحية. ويختار الأطباء الدواء المناسب والجرعة المناسبة استناداً إلى عدة عوامل، منها شدة الألم، وموقعه، وأسبابه. فهل يستعمل الأطباء هذه الأدوية بفعالية، وهل تسكن الألم وتحقق الراحة والشفاء بأمان؟ إن الإجابة عن هذا السؤال يعتمد عل خصائص ونوعية الدواء المستعمل، وعلى المريض، والعوامل الاجتماعية الثقافية.فالأطباء والعاملون في مجال الصحة يفضلون عدم وصف الأدوية المخدرة، بسبب إمكانية الإدمان عليها. وفي بعض البلدان كأمريكا اللاتينية،لا تستعمل العقاقير المخدرة لتسكين الألم إلا نادراً جداً، بينما توصف بشكل كبير في بلدان أخرى لهذا الغرض. وحوالي نصف المرضى الأمريكان الذين يعانون من الألم داخل المستشفيات لم تتم معالجتهم منه، وأن الذين يعانون من ألم خفيف هم الأطفال والأقليات، مقارنة بالمرضى الآخرين (Cleeland etal.,1994). وحين يكون المريض طفلاً، فإن لا يسعى إلى وصف العقار المخدر أو مسكن الألم له إلا في الحالات النادرة جداً، وحين يضطر إلى ذلك فإنه يصف له أدنى الجرعات، ويسعى إلى توقيفه في أبكر وقت ممكن وخاصة إذا كان عقاراً مخدراً. إن الفروق في العمر والخلفية الثقافية والاجتماعية بالنسبة لاستعمال الدواء المخدر غير واضح تماماً، ولكن بالنسبة للأطفال يمكننا القول بأن الأطباء يعتقدون بأن اقل تعرضاً أو شعوراً بالألم من الراشدين، أو أنهم أكثر قابلية للإدمان على هذه العقاقير من الراشدين، أو كما يعتقد البعض بأن الأطفال اقل رغبة وميلاً لاستعمال الحقن، أو الكبسولات من الراشدين. وهذه الأسباب نفسها هي التي تفسر الاختلاف الثقافي الاجتماعي في استعمال الأدوية المسكنة للألم.

ولكن كيف يعمل الطبيب المختص على تلافي مشكلة وصف الأدوية المخدرة بالنسبة للأطفال؟ هناك طريقتان تستعملان في مثل هذه الحالات: الأولى، هي صادات الألم، وتتم من خلال اتباع التخدير الموضعي، أو وصف الأدوية المخدرة التي يكون تأثيرها على الأغشية المحيطة بالنخاع الشوكي، فمثل هذه الطرق يمكنها أن تمنع الألم، لأنها تمنع مرور إشارات الألم وتنبيهاته من النخاع الشوكي إلى المخ. الثانية، هي وهي تحكم المريض بالعلاج الدوائي، وفيها يتاح للمريض إمكانية أن يحدد كمية العقار المخدر أو المسكن (كالمورفين) الذي يحتاجه، وبنفسه، ويقدم له بدون تأخير. ويمكن للمريض نفسه أن يتناول العقار المخدر، ويتحكم به، ويقوم الطبيب بمراقبه سلوكه واستعماله له، للتعرف على كمية ومعدل الجرعة المستعملة التي تحقق الفائدة المطلوبة.

هل يمكن لمرضى الذين يستعملون العقاقير المخدرة أو المسكنة أن يسيئوا استعمالها أو يدمنوا عليها؟ لقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن خطر سوء استعمال العقاقير المخدرة والإدمان عليها قليل بالنسبة لأكثر المرضى، تحت ظروف معينة. ففي إحدى الدراسات تم تقص هذا الموضوع لدى مرضى يعانون ن ألم ناتج عن السرطان داخل المستشفى، وقد تم اتباع طريقة المعالجة الدوائية التي تتيح التحكم بالدواء، لمدة يومين، وقد عمل الطبيب على وصف نظام علاجي لهم باستعمال هذه الطريقة، وبأوقات محددة، وقد تبين أن معدل استهلاك المورفين قد انخفض مع مرور الوقت بدلاً من أن يزيد .فقد استعمل المرضى كميات جرعات كبيرة في البداية، ولكن قلت هذه الكمية بعد ذلك، وخاصة بعد يومين من استعماله. إن انخفاض تناول العقاقير المخدرة بعد ساعات أو يومين من تناوله إلى نسبة (40٪ من معدل تناوله في المرحلة الأولى)، لقد أتيح لهؤلاء المرضى حرية تناول الكمية أو الجرعات التي يريدونها من العقار المخدر، ولكنهم لم يفعلوا ذلك. وقد تم الحصول على نتائج مشابهة مع المراهقين والمراهقات من المرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية (Tyler,1990 ).

ولكن يجب الحذر من استعمال طريقة العلاج الدوائي عن طريق التحكم وخاصة مع الصغار، والذين يعانون من القلق، والذين ليس لهم دعم اجتماعي، فمثل هؤلاء المرضى قد يسيئوا استعمال العقاقير ويدمنون عليها.

2-2- العلاج الدوائي لخفض الألم المزمن (معالجة الألم المزمن بالدواء):

يوصف الكثير من الأطباء ومختصي الرعاية الحية باستعمال العقاقير المخدرة أو المسكنة لخفض الألم الشديد لدى مرضى السرطان، وعادة ما يصفون هذه العقاقير لدى مرضى السرطان الذين يحتضرون (Foley,1985)، ففي بعض حالات السرطان، يتحول الألم لديها من ألم حاد إلى ألم مزمن وشديد وذلك مع تطور المرض وانتشاره.وبغض النظر عن الإرشادات الطبية في معالجة الألم الإكلينيكي، فإن النسبة العظمى من مرضى السرطان في الولايات المتحدة الأمريكية، لا يستعملون العقاقير المخدرة بشكل دقيق ومنظم (Cleeland et al.,1994)، لماذا؟ إن أحد أسباب عدم استعمال العقاقير المخدرة بدقة وانتظام من قبل مرضى السرطان، هو أن هؤلاء المرضى – وخاصة المتقدمين بالعمر، والأقل مستوى تعليمي – يخشون الإدمان على هذه الأدوية وخاصة حين تكون مخدرة، وعلى المختصين أن يتناقشوا حول هذه الموضوعات مع مرضاهم، وأن يزيلوا سوء الفهم لديهم.

وبسبب الطبيعة الخاصة لمرض السرطان باعتباره يمثل نهاية الحياة، فإن الأطباء والمختصين يصفون الأدوية المخدرة لهم لاعتبارات تختلف عن وصفهم هذه الأدوية لخفض الألم المزمن لدى مرضى آخرين. وقد أظهرت نتائج الدراسات أن العقاقير المخدرة في خفض الألم فعالة في معالجة الألم المزمن وتسكينه. كما تبين فعاليته حين يستعمل مع غيره من الأدوية مثل مضادات الاكتئاب. كما تبين فعاليته حين يستخدم بجرعات قليلة، ما يقي من الإدمان عليه. من جهة أخرى

تستعمل العقاقير المخدرة في الوقت الحال أكثر من استعمالها فيما مضى، وخاصة لدى المرضى المصابين بالعجز والذين يعانون من الألم المزمن مثل مرضى ألم المفاصل، وألم أسفل الظهر. ومع ذلك يجب وصفه واستعماله بحذر شديدين لثلاثة أسباب:

1) هو أن النتائج التي اثبتت فعاليته في تسكين الألم المزمن، تحتاج إلى مزيد من الدعم العلمي ومزيد من البحوث الإكلينيكية، التي يجب أن تجرى على عينات متنوعة من المرضى بأمراض مختلفة.

2) يجب أن تحدد نتائج هذه الدراسات كيف سيحيا المريض، وما هي آثار هذه المعالجة الدوائية على أدائه وسلوكه اليومي حين يستعمل الأدوية المخدرة يومياً.

3) يجب أن يوضح هؤلاء الباحثون السبب وراء عدم اعتماد المريض على المخدر والإدمان عليه حين يستعمله وخاصة بجرعات قليلة، كما تبين، فهل يعود ذلك إلى أن الجرعات قليلة، أم لأن الطبيب يراقب المريض، ويقيده في استعماله وفق حدود وقيود معينة لا يمكن تجاوزها؟ أم يعود سبب ذلك إلى اعتقاد المريض بأنه ربما سيفقد تأثير هذا المسكن فيما لو استعمله بكميات أكبر؟

ربما تتوصل الدراسات المقبلة إلى نتائج أوضح أو إجابات دقيقة عن مثل هذه التساؤلات، بما يتيح للأطباء وصف هذه الأدوية بدقة، للمرضى الذين يعانون من الألم المزمن. ومع أن هذه العقاقير فعالة في خفض الألم المزمن لدى العديد من المرضى، وأنه ذو قيمة كبيرة. إلا أن الأطباء لا يعتمدون عليها في علاجهم للمرضى لفترة طويلة وذلك لسببين: الأول، هو أن هذه الأدوية غير مرغوبة، وأحياناً تؤدي إلى الاعتماد عليها وإدمانها، والثاني، هو انها غير كافية في ضبط الألم والتحكم به ويحتاج الأطباء إلى اتباع أدوية أخرى في معالجة الألم، على اعتبار أنه "لا توجد إجابة وحيدة مفردة للألم" كما يقول رونالد كينر (Kanner,1986). لذلك فإننا بحاجة على أدوية أخرى في تسكين الألم ومعالجته.

وتبدو هذه الحاجة من خلال النتائج التي توصلت إليها بعض الدراسات والتي تلح على ثلاثة موضوعات:

1) الدراسات التي أجريت على طرق التعامل بينت أن مرضى الصداع المزمن يستعملون سلوكيات غير تكيفية أو طرق غير سوية في التعامل مع ضغوطات الحياة اليومية مقارنة بالأسوياء (من غير المرضى بالصداع).
2) مرضى ألم المفاصل الذين يشعرون بدرجات عالية من اليأس والعجز قبل استعمالهم للدواء، يذكرون أن المعالجة الدوائية لم تحقق نجاحاً جيداً في خفض الألم المزمن عند بداية العلاج الدوائي، وذلك بالمقارنة مع المرضى الأقل شعوراً باليأس والعجز.
3) تبين أن العقار الوهمي (بلاسيبو) ذو تأثير على الألم.

ويسبب الدور الذي تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية في خبرة الناس للألم المزمن، يسعى الكثير من الأطباء إلى معالجة مرضى الألم بالتعاون والتنسيق مع علماء النفس والمتخصصين في الرعاية الصحية، مثل أخصائيي الخدمة الاجتماعية الطبية، وأخصائيي العلاج الطبيعي والمهني. وحين يتعاون مثل هذا الفريق في تنفيذ خطة معالجة مرضى الألم، فإنهم يوضحون الأساس المنطقي والعلمي الذي يقف خلف هذا التوجه في العلاج عن طريق الفريق team therapists، والعمل أو الدور الذي يقوم به كل واحد منهم. وفوق ذلك على الطبيب المختص أن يوضح ما يلي:

- إن المريض الذي يخضع للمعالجة "يعيش حياة ألم مزمن".
- يمكن لهذا المريض أن يكتسب أساليب تعامل ومهارات تكيف تمكنه من التحكم بألمه وضبطه، وذلك بمساعدة المختصين من أعضاء الفريق.
- على الطبيب المختص أن يلعب دوراً محوريا وفعالاً بين أعضاء الفريق .

باختصار يمكننا القول بأن العلاج الدوائي للألم يعتمد على عدة طرق في المعالجة الكيماوية الدوائية التي تخفض الألم وتسكنه، ففيما يتعلق بمرضى الألم المزمن، تبين أن العلاج الدوائي مفيد في خفضه، وخاصة إذا اعتمدت طرق التحكم

بالألم التي يعتمدها أطباء الرعاية الصحية. ويسعى هؤلاء الأطباء إلى تقليل اعتماد المريض على الدواء المخدر، وخاصة بالنسبة لاستعماله لفترات طويلة، حيث يتخذون الحيطة والحذر من وصفه لمدة طويلة، من جهة أخرى يسعى الأطباء المختصون إلى خفض معدل استهلاك المريض للدواء، لأن هذا هو أحد الأهداف الأساسية وراء تدريب المريض على التحكم، وضبط الألم الذي يعانيه (Tyler,1990 ).

## رابعاً: الطرائق السلوكية والمعرفية في معالجة الألم:

لقد أدت نظرية "التحكم ببوابة الألم" إلى تغيير نظرية الأطباء والمتخصصين إلى الألم على أن بالإمكان ضبطه أو خفضه عن طريق العلاج الكيماوي الدوائي الذي يعدل من المدخلات والتنبيهات الحسية، لتصبح النظرة اكثر شمولية آخذة بالاعتبار تعديل العمليات المعرفية والانفعالية والدافعية أيضاً. إن هذه النظرة الأكثر شمولية وتركيباً للألم هي التي ساعدت علماء النفس على تطوير تقنيات سلوكية ومعرفية من أجل:

1) التعامل بفعالية مع الألم ومواجهة الضغوط النفسية والانفعالية المرافقة له.
2) لخفض الاعتماد على العقاقير أو العلاج الدوائي في معالجة الألم وخفضه. بعض هذه التقنيات والطرائق العلاجية السلوكية والمعرفية، تم شرحها سابقاً، ومع ذلك لابد من النظر الآن إلى كيفية تطبيقها في معالجة الألم (Cleeland et al.,1994).

1) طرق العلاج بالاشراط الإجرائي:

لقد بينا أن بعض المرضى يعانون من ألم مزمن بعد مرض عضال أو إصابة ما أو إعاقة، مما ينتج العديد من السلوكيات المرافقة للألم، وأن مساعدة المتخصص النفسي لمثل هذا المريض تعتبر أمراً ضرورياً ويحقق نجاحاً كبيراً. فقد استخدمت طريقة الاشراط الإجرائي بهدف تعديل سلوكيات الألم لدى المريض.

فقد استخدمت هذه الطريقة لدى مرضى يعانون من الألم المزمن من خلال تعزيز السلوكيات الجيدة (التكيفية) المرافقة للألم، وخفض (كف) السلوكيات غير المناسبة أو المزعجة. من جهة ثانية تظهر ملاحظات بيئة المرضى وخاصة الأطفال، أن السلوكيات المرافقة للألم التي تظهر لديهم كالبكاء، والصراخ، تقاوم جهود المرضات وتعيق عملهن، وأن هذه السلوكيات تستمر معهم داخل المستشفى، مما يضطر القائمين على رعايتهم من الفريق الطبي الاهتمام بهذه السلوكيات والتعامل معها بهدف التقليل من تأثيرها وتحقيق أهداف الخطة العلاجية والشفاء. ومنم أجل تغيير مثل هذا الوضع، يوصي علماء النفس فريق الرعاية الطبي بما يلي:

1. تجاهل السلوكيات المعبرة عن الألم والمرافقة له (في مراحل لاحقة، من العلاج)، والتي تم الانتباه إليها في المراحل المبكرة.
2. تقديم مكافآت ومعززات للطفل كأن يقال له "سوف نقدم لك قطعة حلوى، إذا لم تبكي حين نحقنك بحقنة الدواء"، أو "إذا قمت بهذا النشاط سوف نقدم لك لعبة، أو نتيح لك الخروج للعب".
3. اثني على الطفل حين يساعدك في حقنه بحقنة الدواء، ويكون مرناً معك، اجعله ينام خلال النهار، دعه يمارس بعض الأنشطة المحببة له.

إن تعديل نتائج أو عواقب السلوك هذه يمكن أن تكون فعالة: لأن مشاعر الألم تنفض لدى المريض، وتزداد دافعيته ورغبته في القيام ببعض الأنشطة، ويتعاون في تنفيذ خطة العلاج وتناول الدواء.

يمكن استعمال طريق الاشراط الإجرائي في معالجة الألم لدى المرضى من جميع الأعمار، سواء داخل المستشفى أم في المنزل، ويمكن تعريف المرضى بمبادئ وطرق هذا العلاج منذ البداية، وقبل تأزم الألم، إلا أن برامج المعالجة السلوكية التي تستعمل الاشراط الإجرائي لها بعض الصعوبات في حياة المريض. إن هذه الطرق العلاجية تسعى عادى لتحقيق هدفين رئيسين: الأول مساعدة المريض على تقليص درجة اعتماده على العلاج الدوائي، ويمكن عمل ذلك من خلال تحسين سلوكيات

المريض وخفض الانفعالات السلبية التي يخبرها، وذلك باتباع مبادئ سلوكية مثل وضع جدول يومي يسجل فيه أوقات تناول الدواء المسكن للألم، بدلاً من تناوله في أي وقت، ويمكن التقيد بهذا الجدول الثابت حيث يعتاد المريض عليه، ويتم تعزيز السلوكيات الجيدة والسوية لديه، وكف السلوكيات غير المرغوبة. الثاني، يهدف الاشراط الإجرائي إلى خفض سلوك العجز وضعف النشاط المرافق للألم المزمن، ويتم ذلك من خلال تعديل عواقب السلوك أو نتائج السلوك التي تشجع سلوكيات الألم .ويمكن تطبيق ذلك من خلال تدريب المريض على أن يراقب سلوكياته غير السوية ويحتفظ بسجل عنها، وأن لا يعززها، ولكنه يعزز السلوكيات والأنشطة الإيجابية المفيدة للمعالجة (Tyler,1990 ).

هل يمكن اعتبار الاشراط الإجرائي فعالاً؟ لقد أظهرت النتائج البحثية أن تقنية الاشراط الإجرائي يمكنها أن تحقق نجاحاً كبيراً في زيادة نشاط المريض وخفض درجة اعتماده على الدواء وبالرغم من أن هذه النتيجة واعدة، ومهمة، إلا أن هناك بعض الملاحظات التي تجدر الإشارة إليها:

- معظم الدراسات التي توصلت إلى هذه النتيجة لم تستعمل مجموعات ضابطة بجانب المجموعات التجريبية التي طبقت عليها، وبالتالي يصعب علينا معرفة ما إذا كان التغير الذي حصل في سلوك المريض هو في الحقيقة نتيجة تطبيق الإشراط الإجرائي نفسه أم نتيجة عوامل أخرى متدخلة كالبقاء في المستشفى مثلاً.
- ليس جميع مرضى الألم المزمن يستفيدون من تطبيق طريقة الاشراط الإجرائي، فهي تفيد بعض مرضى الألم المزمن، والألم المتكرر (الذي يظهر ثم يختفي ثم يظهر وهكذا)، كما هو الحال لدى مرضى السرطان. وبالرغم من أن المرضى لا يظهرون تحسناً سلوكياً حين لا يريدون هم أو المحيطين بهم أن يساهموا ويشاركوا في المعالجة، أو حين يتلقون تعويضاً عن العجز والمرض disability compensation.

بغض النظر عن هاتين الملاحظتين، فإن يمكن القول بان طرق العلاج بالاشراط الإجرائي مفيدة حين تطبق في برامج معالجة مرضى الألم الحاد والمزمن.

2) العلاج بالاسترخاء والتغذية الراجعة الحيوية:

يعاني الكثير من المرضى من ألم ذو أساس عضوي أو فيسيولوجي أو تقف خلفه عمليات عضوية، ويمكن لهذه العمليات العضوية أن تتنشط وتحرض حين يواجه المريض ضغوطاً نفسية. ففي مثل هذه الحالات يمكن للمرضى التحكم بالألم وتدبره من خلال تحكمهم بالضغوط التي يمرون بها أو من خلال تحكمهم بالعمليات العضوية التي تقف خلف ألمهم، وبالتالي يمكنهم أن يخفضوا مشاعر الألم سواء من حيث شدته، أو تكراره. ويقدم لنا الصداع مثالاً جيداً عن الألم الذي يحدث بتنبيه وتنشيط من الضغوط النفسية، ومن العمليات العضوية التي تقف خلفه. إن النظرة التقليدية للصداع من حيث كيفية حدوثه، تبين لنا أن تضخم الشرايين المحيطة بالمخ، وأن الصداع التوتري ينشأ من خلال توسع dilation عضلات فروة الرأس، والرقبة، والكتفين. بينما ركزت نظريات أخرى في تفسير الصداع على ما يحدث داخل الدماغ. إلا أن مرضى الشقيقة والصداع التوتري قد أظهروا دلائل تؤكد صحة النظرية الأولى (التقليدية). وقد عرض أندراسيك (Andrasik, 1986)، نموذجاً يبين فيه كيف يلعب الضغط النفسي دوراً في حدوث الصداع وذلك وفقاً للنظرية التقليدية: فإذا كان الضغط يحرض الشرايين المحيطة بالمخ، فإن الشقيقة ستحدث، ولكن إذا سبب الضغط توسع في عضلات فروة الرأس أو الرقبة أو الكتفين، فإن الصداع التوتري هو الذي سيحدث، وفي كلتا الحالتين يساعد الضغط في حدوث الصداع.

بسبب هذه العلاقة بين الضغط والعمليات الفيسيولوجية التي تسبب الألم، يسعى المعالجون لتطبيق تقنيات سلوكية مثل الاسترخاء العضلي التصاعدي والتغذية الراجعة الحيوية، بهدف مساعدة المرضى على التحكم بآلامهم وتدبرها. ويتم تطبيق هذه الطرائق التدريبية أو العلاجية في جلسات أسبوعية لمدة شهرين أو ثلاثة أشهر. وقد تحدثنا عن استعمال هذه الطرائق والتدريب عليها في الفصل الخامس، حيث يركز المريض انتباهه واهتمامه على مجموعة من العضلات لديه وهي في حالة التوتر، وفي حالة الاسترخاء ويقارن بين الحالتين أو الشعورين

ذهنياً. والمريض الذي تلقى تدريباً لاستعمال هذه التقنيات في خفض الضغوط النفسية، يمكنه استعمالها حين يخبر الألم. ووفقاً لنظرية أندراسيك (المذكورة أعلاه) يمكن للمريض أن يتدرب على هذه التقنيات ويستعملها حين يواجه الضغط النفسي مما يعمل بالتالي على خفض الألم لديه، والتحكم به.

أما تقنية التغذية الراجعة الحيوية، فيتدرب المريض على التحكم بعضلات جسمه إرادياً، مما يعمل يؤدي بالتالي إلى تعديل في وظائفها وأدائها لعملها: مثل معدل ضربات القلب، والتنفس، ويتم ذلك من خلال مراقبته لعمل هذه الأعضاء وحصوله على معلومات (مرتدة، أو راجعة) يحصل عليها من أجهزة أمامه. ومن خلال هذه التقنية يمكن لأي شخص أن يتعلم التحكم، وقد تبين أن معالجة الألم والتحكم به بهذه الطريقة، له وجهتان: الأولى، تتعلق بعمل العضلات والتحكم بها، فهي تفيد في التحكم بنشاط العضلات بما يساعد في ضبط عملها (تقلصاً وتوسعاً، شداً واسترخاء)، مما يساعد في خفض الصداع. ويتدرب المريض عادة على التحكم بمجموعة معينة من العضلات مثل عضلات فروة الرأس، والرقبة، والكتفين، من خلال تلقيه معلومات من جهاز الرسم الكهربائي، والذي يقيس النشط الكهربائي لهذه العضلات، ويتاح للشخص أن يراها مباشرة. والثانية، تتعلق بالعمليات العضوية التي تقف خلف صداع الشقيقة. فقد ذكرنا سابقاً أن الشقيقة تنتج عن توسع في الأوعية الدموية الموجودة في الرأس، ويمكن مراقبة ذلك بشكل غير مباشر، من خلال درجة حرارة الجلد، في منطقة أو موقع الأوعية الدموية المستهدفة. ويمكن للمريض أن يتعلم التحكم بتوسع هذه الأوعية الدموية عن طريق المعلومات أو التغذية الراجعة القادمة إليه من حرارة الجلد في هذه المنطقة والتي ترتفع درجة حرارتها أثناء الألم (الشقيقة)، وذلك بسبب توسع هذه الأوعية الناتج عن مرور كميات أكبر من الدم فيها. ويلح المعالجون في تدريب المرضى على تعلم التحكم بتوتر العضلات أو توسع الأوعية الدموية واستعمالها في المنزل، حين يشعرون بالألم أو الصداع (Tyler,1990).

هل يعتبر الاسترخاء والتغذية الراجعة الحيوية طريقتان فعالتان ومفيدتان في تسكين الألم أو خفضه؟ الجواب: "نعم"، وقد تم التوصل إلى هذه النتيجة (الإجابة) من خلال العديد من الدراسات (Bogaads & TerKuile,1994;Chapman,1991). إلا ان هناك عدة نقاط يجب توضيحها حول هذه النتيجة:

1. أكثر الدراسات التي أجريت للإجابة عن هذا السؤال حول فعالية كل من الاسترخاء والتغذية الراجعة في خفض الألم، أجريت على مرضى الصداع بأشكاله المختلفة. وبالرغم من أن بعض هذه الدراسات قد أظهرت أن هاتين التقنيتين تساعدان في تخفيف أشكال أخرى من الألم وتسكينه، مثل: ألم الأطراف، وألم المفاصل، وألم أسفل الظهر (Flor&Birbaumer,1993)، إلا أن معرفتنا عن فعاليتها مستمدة أساساً من دراسات أجريت على ألم الصداع. وقد تبين أن اتباع الاسترخاء والتغذية الراجعة الحيوية معاً يفيدان أكثر، حين يطبقان مع العلاج الدوائي، تحقق هذه الطرق مجتمعة نتائج ممتازة.
2. استرخاء العضلات التصاعدي والتغذية الراجعة الحيوية يتعادلان في فعاليتهما في تخفيف الصداع وتسكين الألم الناتج عنه. ومع ذلك فقد تبين أن الاسترخاء أكثر فعالية من التغذية الراجعة الحيوية في خفض الألم الناتج عن الشقيقة، وأن التغذية الراجعة الحيوية اكثر فعالية علاج الصداع التوتري – الانقباضي من الاسترخاء.
3. يستفيد مرضى الصداع التوتري من تقنية التغذية الراجعة الحيوية أكثر من استفادتهم من طريقة الاسترخاء في خفض الألم، وأن الفعالية أو النجاح يكون أعلى حين تستعمل الطريقتان معاً.
4. بالرغم من أن فعالية هاتين الطريقتين (الاسترخاء والتغذية الحيوية) في تسكين الألم قد ينتج أساساً عن المهارات النوعية التي اكتسبها وتدرب عليها المرضى في تحكمهم بالعمليات الفيسيولوجية التي تقف خلف المهم وتسببه، إلا أن العوامل النفسية تلعب دوراً مهماً أيضاً. فنتأمل المرضى الذين قدم لهم دواء

وهمياً (بلاسيبو) على أنه مسكن للألم، وقد انخفض شعورهم بالألم فعلاً نتيجة ذلك، لاعتقادهم بأنهم تناولوا مسكناً حقيقياً، ولكن الواقع عكس ذلك. لذلك نقول تلعب معتقدات المريض، وطريقة تفكيره، وغيرها من عملياته المعرفية دوراً مهماً في إنجاح طريقتي الاسترخاء، والتغذية الراجعة اليحوية، أو في تقليل فعاليتهما.

باختصار تعتبر تقنيتي التغذية الراجعة الحيوية والاسترخاء من الطرق المهمة والفعالية في تسكين الألم المزمن لدى المرضى، ومع ذلك فإنهما لا نلبيان احتياجات جميع المرضى. ويسبب تتداخل العوامل العضوية مع العوامل النفسية والاجتماعية في شخصية المريض، يجب أن نستخدم عدة طرق أو تقنيات في تدريب المريض على التحكم بألمه وخفضه.

3) تقنيات العلاج المعرفية :

ما الذي يعتقده الأشخاص حين يخبرون الألم ويعانونه؟ وكيف يعاملون مع الألم الحاد؟ في حالة الألم الحاد، يركز بعض الأشخاص على المعاناة والمحنة الشديد ordeal، وكيف أنهم متعبين، وضعفاء، ولكن بعضهم الآخر لا يركز على هذه المشاعر. مثلاً، لقد سأل بعض الباحثين عدداً من الأطفال والمراهقين عما يعتقدونه حين يتم حقنهم بحقنة مخدر عند طبيب الأسنان، تبين أن 80٪ من هؤلاء المفحوصين قد ركزوا على الانفعالات والمشاعر السلبية، وعلى الألم، مثل: "إنه مؤلم، إنني أكره الحقن"، "إنني في حالة فزع"، "لقد زادت ضربات قلب، إنني خائف". كما أن شخصاً من كل أربع أشخاص من المفحوصين قد ذكروا أنه يسيطر عليهم فكرة الهروب، وتجنب الموقف والانسحاب منه، "أريد أن أهرب"، ومثل هذه الأفكار تعبر عن أن انتباه الشخص واهتمامه متمركزاً على المظاهر السلبية، والمشاعر غير السارة، وعلى الخبرات السيئة، مما يجعل الألم أسوأ (Keefe el at,1994).

ولكن ليس جميع الناس الذي يعانون من الألم الحاد يركزون انتباههم على الأفكار والمشاعر السلبية، كالخوف، والضعف، والعذاب، فبعضهم يستخدم استراتيجيات أو أساليب التعامل المعرفية بهدف تعديل مثل هذه الخبرات ومواجهتها. مثلاً تبين من دراسة أجريت على عينات من الأطفال في سن العاشرة من العمر، أن عدداً منهم قرروا كيف سيتعاملون مع الألم الذي سيشعرون به عند طبيب الأسنان، كأن يفكروا بأمور أخرى بعيدة عن الموقف، أو أن يقولوا لأنفسهم "إنه ليس سيئاً"، "ابق شجاعاً". إن مهارة الأطفال على التعامل وقدرتهم على مواجهة مواقف الألم تنمو وتتحسن كلما تقدموا في العمر، والكثير من الراشدين يملكون قدرات عالية على مواجهة مشاعر الخوف، والخبرات السيئة التي يتعرضون لها في مواقف الألم (Chapman,1991).

كيف يتعامل الناس مع الألم المزمن؟ بعض الأساليب المتبعة في مواجهة الألم الحاد هي طريقة التعامل الفعال أو المواجهة النشطة active coping والتي عمل الفرد من خلالها على الاحتفاظ بأدائه وقوته من خلال تجاهل الألم، والانشغال بأنشطة يرغب فيها الشخص، وتثير اهتمامه. ومن الأساليب الأخرى، التعامل السلبي أو الهروبي passive coping وهي أساليب هروبية انسحابية، كأن يهرب الشخص إلى السرير وينام، وتقليص ممارسة الأنشطة الاجتماعية. ففي العديد من حالات الألم المزمن، يحدث لدى المرضى حلقة مفرغة، تنمو وتتطور من خلال اتباع المريض لمثل هذه الأساليب السلبية الهروبية، مما يخلق لديه حالة من اليأس والكآبة، والعجز، وتنمو هذه المشاعر بحيث تزيد من معاناته للألم، وهكذا فكلما حول التعامل مع الألم بتجنبه، والخلود إلى السرير، والعزلة، كلما زادت حلة الألم لديه وتعقدت، مما يعيش في حلقة مفرغة تجعل من الصعب معالجتها في مراحلها اللاحقة. ولابد من الإشارة إلى دور الأصدقاء والأهل في تعزيز مثل هذه السلوكيات والأساليب الهروبية. من جهة أخرى فإن الطريقة التي يتبعا مرضى الألم المزمن مع خبرات الألم لديهم، إنما تختلف استناداً خبراتهم السابقة، وكيفية تعاملهم معها. فالذين يعتقدون بأن فترة الألم لديهم ستطول، وأنهم وأطبائهم لم يعرفوا سبب هذا الألم الذي يعيشونه، سيؤدي ذلك إلى اتباع أساليب

تعامل سلبية، وطرق مواجهة ضعيفة لمواجهة هذا الموقف. من جهة أخرى فإن المرضى الذين يعتقدون بأنهم يعرفون طبيعة ألمهم وأسبابه، وأن حالتهم ستتحسن لاحقاً سيتيح لهم هذا التفكير اتباع أساليب تعامل فعالة ونشطة. فالذين يتعاملون بفعالية مع مواقف الألم، هم الأكثر قدرة على مواجهته، والعودة إلى العمل وممارسة أنشطتهم اليومية المعتادة، وذلك على العكس تماماً، من الذين يعتمدون أساليب التعامل الهروبية الانسحابية. ومن أجل مساعدة الأشخاص على التعامل بفعالية وكفاءة مع مواقف وخبرات الألم، يحتاج الأطباء وعلماء النفس إلى تقييم معتقدات المريض، والتعرف عليها بدقة. فتقنيات العلاج المعرفي للألم، إنما تتضمن استراتيجيات التعامل الفعال، وأساليب المواجهة النشطة، والتي تعتبر مفيدة وفعالة في مساعدة الكثيرين . ويمكننا أن نصف تقنيات العلاج المعرفي للألم إلى ثلاث فئات رئيسية: صرف الانتباه، والتخيل، إعادة التعريف والتوضيح. سنتحدث باختصار عن كل طريقة من هذه الطرائق، ونبين فائدتها أو فعاليتها في كل من الألم الحاد والألم المزمن .

3 – 1 – طريقة صرف الانتباه distraction: حين تدخل إلى غرفة أو عيادة طبيب الأسنان، فهل ترى فيها صوراً زاهية الألوان، ونوافذ كبيرة الحجم جميلة المنظر، وهل توجد لوحات متعددة الألوان على الجدران يمكن للمريض الذي يستلقي على كرسي المعالجة أن يراها؟ العديد من عيادات أطباء الأسنان تحتوي مثل هذه الصفات والميزات، وتستعمل مثل هذه اللوحات والمناظر الطبيعية في العيادة من اجل تشتيت انتباه المريض. فصرف الانتباه أو تشتيته هو تقنية يتم من خلالها تركيز الانتباه على مثيرات غير مؤلمة nonpainfulstimulus (كاللوحات والمناظر الجدارية ذات الألوان الزاهية)، وبالتالي إبعاد الانتباه (صرفه) عن مثيرات الألم المزعجة في بيئة المعالجة أو العيادة. ويمكننا أن نصرف انتباهنا عن المثيرات المؤلمة أو المزعجة بطرق متعددة، كالنظر إلى لوحة معينة، أو منظر جميل، أو الإصغاء إلى موسيقى، أو صوت يثير اهتمامنا وميولنا، أو عن طريق الغناء، أو من خلال العاب الفيديو (كيم)، أو عنة طريق حل مسائل حسابية.

ولكن ليست جميع محاولات صرف الانتباه، فعالة ومفيدة في تسكين الألم أو خفض الشعور به، فقد أظهرت بعض البحوث التي أجريت على الألم الحاد أن هذه الطرق في صرف الانتباه أكثر فعالية وفائدة حين يكون الألم متوسط الدرجة أو خفيف، وليس شديداً، من هنا يمكن القول بأن طرق صرف الانتباه تفيد في تسكين الألم الخفيف والمتوسط فقط. والسؤال الذي يواجه علماء النفس يتعلق بكمية الانتباه أو درجته الذي يتم تشتيته وصرفه عن مثيرات الألم، فهل تلعب كمية الانتباه (شدته) التي يتم تشتيتها وصرفها عن مثيرات الألم، دوراً في فعالية هذه الطريقة؟ الجواب عن هذا السؤال بالنفي. فقد أشارت نتائج بعض الدراسات على أن درجة الانتباه المشتتة وكميتها ليست ذات تأثير في تسكين الألم (McCaul,Monson&Maki,1992). ومن العوامل المهمة التي تحدد ما إذا كانت تقنية تشتيت الانتباه تخفف الألم، هو ما إذا كان تشتيت الانتباه قابل للتصديق من قبل الشخص نفسه، فهل يؤمن الشخص ويعتقد بأن صرف الانتباه من خلال تركيزه على مثيرات أخرى مفيد، فإذا كان الشخص يعتقد بذلك سيكون تأثيرها جيداً، والعكس بالعكس.

يمكننا القول بأن طريقة صرف الانتباه مفيدة وفعالة بشكل خاص بالنسبة للألأم الحاد الذي يعانيه المريض في العيادات السنية أو بعض المعالجات الطبية، ولكنها تفيد في بعض حالات الألم المزمن وليس جيمعها، وتحت بعض الظروف. فحين يغني المريض أغنية معينة أو ينشغل بحل مسألة، يمكن أن يساعده ذلك على صرف انتباهه عن ألمه المزمن لفترة وجيزة فقط، لدى مرضى آلام المفاصل، وآلام أسفل الظهر، والآلام الناتجة عن صعود السلم. فالذين يريدون استعمال هذه الطريقة بدرجات معتدلة ولكن بصورة مستمرة، يساعدهم ذلك على تسكين مشاعر الألم لديهم لفترة طويلة، كقراءة كتاب أو رواية، أو مشاهدة أفلام طويلة.

3 – 2 – إعادة التعريف والتوضيح redefinition: الطريقة الثانية من طرق العلاج المعرفية في التعامل مع الألم وتدبره، هي إعادة تعريف الألم وتوضيحه. وفيها يتم استبدال المعتقدات والأفكار غير السوية عن الألم، بالأفكار

والمعتقدات الصحيحة والموضوعية. ومن الأفكار غير السوية عن الألم أنه ينطوي دائماً على مشاعر التهديد، والخطر، والإيذاء. يجب أن نقنع المريض الذي تسيطر عليه مثل هذه الأفكار غير الصحيحة، بأن الألم حالة واستجابة عضوية ونفسية، تعتبر بمثابة مثير لنا، ومنبه لكي نتخذ الاحتياطات اللازمة، ونتبع الأساليب الضرورية للدفاع عن انفسنا، من هنا يعتبر إشارة تنبيه لنا لكي ندافع عن أنفسنا. ويمكن لعلماء النفس أن يساعدوا المرضى في تعريف الألم وتوضيحه بطرق متعددة، منها:

1. تقديم معلومات دقيقة وموضوعية عن الاحساسات والمشاعر التي يخبرها المريض، وأن طرق المعالجة الطبية ستساعده في خفض معدلها لاحقاً. والعديد من المرضى يملكون معلومات غير صحيحة عن حالة الضيق ومشاعر الانزعاج، ويمكن أن تقدم لهم معلومات واقعية ،تساعدهم في التعرف على حقيقة الألم وخبرتهم التي يعيشونها.
2. ومن الطرق الأخرى التي يمكن اتباعها اتباع طريق الحوار الداخلي internal dialogue وفيها يحاور المريض نفسه، ويتناقش مع ذاته حول خبرة الألم، وبطريقة موضوعية وصحيحة، مستخدماً عبارات ذاتية إيجابية positive self-statements . وهناك نوعان من العبارات الذاتية الإيجابية التي يمكن للمريض أن يستعملها في ضبط الألم وخفضه:

الأولى: عبارات المواجهة والتعامل coping statements وهي العبارات التي تركز على قدرة المريض على مواجهة خبرة الألم، وتحملها، كأن يقول لنفسه: "إنه مؤلم ولكن تحمل ذلك، تشجع، يمكنك مقاومة هذه المشاعر".

الثانية: العبارات التفسيرية reinterpretative statements وهي تتم من خلال نفي مشاعر الضيق والألم، وسلبها من الخبرة الذاتية، كأن يفكر المريض ويقول "إنه ليس سيئاً لهذه الدرجة"، "إنها ليست أول خبرة سيئة أمر بها في حياتي"، "إنها مؤلمة ومزعجة ولكن يجب أن افكر في فوائد هذه الخبرة ونتائجها في حياتي". إن مثل هذه العبارات مفيدة ومناسبة للغاية حين يخضع الشخص للعلاج الطبي.

3. الطريقة الثالثة من طرق إعادة التعريف والتوضيح، هي مساعدة المريض على أن يرى أو يتعرف على بعض أفكاره أو معتقداته غير الصحيحة وغير المنطقية عن الألم والتي يجعل حالته اكثر سوءاً. ويمكن للمتخصص النفسي أن يحاول المريض الذي يعاني من ألم مزمن، ويبين له الأفكار والمعتقدات غير العقلانية عن حالته، وكيف أن عصبيته، (والنرفزة) التي تسيطر عليه قد ساعدت في تعقيد حالته، ثم يتيح له تبيان الأفكار الصحيحة والموضوعية عن الحالة، بحيث يعتقد بها، ويتبين نتيجة ذلك في خفض الخوف والضيق الذي كان يمر به.

1) التخيل imagery، وهي من الطرائق المعرفية المستعملة في التحكم بالألم وخفضه. فعندما يحقن الطفل بحقنة علاجية سيقول له والديه "الأفضل لك يابني أن تفكر في شيء آخر أو تتخيله لكي يمر الموقف بسلام وبدون ألم، كأن تتخيل شيئاً مضحكاً، أو موقفاً مسلياً" ومثل هذه الطريقة في التخيل تسمى: التخيل الموجه guided imagery أو "التخيل بدون ألم nonpain imagery". وهي طريقة يحاول من خلالها الشخص أن يسكن الألم أو يخفض مشاعر الضيق، عن طريق تخيل حالة مسلية أو موقف إيجابي يعارض مشاعر الضيق والألم ويطغى عليها. ومن أكثر طرق التخيل استعمالاً، أن يتخيل المريض منظراً مفرحاً، أو موقفاً مرغوباً، مثل التواجد على شاطئ البحر، والتمتع بالمناظر الطبيعية، وسماع صوت المياه العذبة،،الخ.

وتشبه هذه الطريقة، طريقة صرف الانتباه، في الكثير من النواحي، والفرق الرئيسي بين الطريقتين هو أن التخيل يستند إلى تخيل الموقف بدلاً من مواجهة الموقف فعلياً أو معايشته على ارض الواقع. فإذا كانت طريقة صرف الانتباه، تعتمد على النظر في منظر، أو لوحة، أمامه، فإنه في التخيل لا يعيش الموقف فعلياً وإنما يتخيله، وبالتالي فإن مثيرات تشتيت الانتباه تكون واقعية في طريقة صرف الانتباه، بينما تكون مثيرات متخيلة في طريقة التخيل. وقد تبين فعالية هذه الطريقة في خفض الألم الحاد. (Sarafino,2001 ).

4. قيمة الاستراتيجيات المعرفية في التحكم بالألم أو التعامل معه وخفضه:

لقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن الاستراتيجيات المعرفية تساعد في خفض الألم الحاد. فطريقة صرف الانتباه والتخيل فعالتان وتساعدان في خفض الألم الخفيف والمتوسط بشكل خاص أكثر من فائدتهما في خفض الألم الشديد. هذا فياي يتعلق بالألم الحاد ودرجاته، ولكن ماذا عن الألم المزمن، فهل هذه الطرائق فعالية في خفض الألم المزمن؟ الإجابة عن هذا التساؤل تعتمد على عدة عوامل، اهمها، خطورة الألمseverity، ونوع المرض type of illness. من جهة اخرى فإن بعض الدراسات قد أظهرت أن استخدام الطرق المعرفية مع السلوكية مجتمعة تكون اكثر فعالية في خفض الألم المزمن وتدبره. كما أن فعاليتها معاً، توازي فعالية العلاج الدوائي. كما أن طريقة إعادة التعريف والتوضيح أكثر فعالية في خفض الألم المزمن من طريقة صرف الانتباه (McCaul ,Monson & Maki,1992).

ولأن كل طريقة من الاستراتيجيات المعرفية يمكن أن تفيد وتساعد في معالجة الألم الإكلينيكي، فإن البرامج العلاجية التي تطبق على مرضى الألم المزمن تتضمن تجمعاً واستعمالاً لجميع هذه الطرائق. ففي بعض الدراسات تم تدريب مرضى ألم المفاصل على استعمال عدة طرائق من الاستراتيجيات المعرفية وذلك لمدة خمسة أسابيع متواصلة، وتم مقارنة هؤلاء المرضى (التجريبية) مع مرضى آخرين لم يتدربوا على هذه الاستراتيجيات، وتبين أن مرضى المجموعة التجريبية (الذين تدربوا على هذه الطرق) كانوا أكثر قدرة على صعود الدرج، والقيام بالكثير من الأنشطة اليومية بدون شعور بالألم وذلك مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة (الذين لم يتدربوا عليها). وهنا دراسات أخرى جمعت بين طريقة التخيل، وصرف الانتباه، وإعادة التفسير، والاسترخاء التصاعدي للعضلات في معالجة ألم أسفل الظهر المزمن، وقد تم تتبع حالة هؤلاء لفترة زمنية بعد تنفيذ البرنامج التدريبين وتبين أن استعمال هذه الطرق مجتمعة أكثر فعالية وفائدة في ضبط الألم وخفضه بالمقارنة مع الذين لم يطبق عليهم البرنامج. كما ظهر تحسن في أداء هؤلاء المرضى في مختلف انشطتهم اليومية: في المنزل، والعمل، وفي الحياة العامة (McCaul , Monson & Maki,1992).

باختصار يمكننا القول بأن طرق العلاج السلوكي والمعرفي فعالة في مساعدة مرضى الألم الحاد والمزمن على التحكم بآلامهم وضبطها وخفضها. وتتضمن هذه الطرائق: الإشراط الإجرائي، والاسترخاء، والتغذية الراجعة الحيوية (الطرق السلوكية)، وكذلك صرف الانتباه، والتخيل، وإعادة التفسير والتوضيح (المعرفية). من جهة أخرى فإن استعمال هذه التقنية مجتمعة أكثر فعالية من اتباع بعضها فقط.

## خامساً: التنويم المغناطيسي والعلاج بالاستبصار الموجه:

إن طرائق العلاج السلوكية والمعرفية التي تحدثنا عنها سابقاً والتي تستعمل في تسكين الألم وضبطه، هي طرائق معروفة ومشهورة، وهي تشتمل على تقنيات نفسية تم اعتمادها كطرائق في خفض الضغوط النفسية ومعالجتها (كما ذكر في الفصل الخامس). ولأن الناس حين يخبرون الألم ويعانونه، فإنهم يمرون بخبرات انفعالية ومشاعر من الضيق والضغط النفسي، ولأن الطرائق السلوكية والمعرفية فعالة في خفض هذه الضغوط، فإن علماء النفس يستعملون هذه التقنيات والطرائق لمساعدة الناس على التحكم بآلامهم، وخفضها. ومن الطرائق الأخرى التي يستعملها علماء النفس، في معالجة الألم التنويم المغناطيسي والعلاج بالاستبصار الموجه.

### 1) التنويم المغناطيسي كتقنية في معالجة الألم:

منذ بداية القرن التاسع عشر، بدا بعض الأطباء باستخدام التنويم المغناطيسي كطريقة في التخدير من أجل القيام بعمليات جراحية. فقد استخدمت هذه الطريقة مع مريضة بسرطان الثدي، حيث تم تخديرها عن طريق التنويم المغناطيسي وإجراء العملية الجراحية اللازمة. وقد تم استخدام هذه الطريقة في الكثير من العمليات الجراحية حيث لم يشعر المريض بأي ألم. ومنذ ذلك التاريخ والتنويم المغناطيسي يستخدم في خفض مشاعر الألم، وفي الكثير من العمليات الجراحية والمعالجات الطبية (Hilgard& Hilgard,1983). والسؤال الذي يواجهنا الآن هو التالي:

كيف يعمل التنويم على خفض الألم وتسكينه؟ يجب أن نشير منذ البداية على أن التنويم ليس طريقة فعالة مع جميع الناس، كما أنه ذو تأثير تخديري وتسكيني بالنسبة لبعض الناس فقط. فالناس يختلفون في درجة قابليتهم للإيحاء، والذين يسهل تنويمهم، وينومون بعمق أكثر قابلية لتسكين الألم ومعالجته لديهم من الأشخاص الذين ينومون ببطيء أو بدرجة غير عميقة. أما الآلية التي تقف خلف عملية تخفيف الألم عند بعض الأفراد، فما تزال غير واضحة تماماً. ولكن يمكن القول بأن جزءاً من هذه الآلية هو الذي نعرفه، والذي يقول بأن الشخص الذي ينوم مغناطيسياً يخضع لعملية استرخاء، وأن هذا الاسترخاء العميق هو الذي يعمل على خفض الألم وتدبره، وتسكينه. كما تلعب العوامل المعرفية للشخص دوراً مهماً في ذلك، فعندما ينوم الشخص فإنه يمر بحالة من التأمل الداخلي، والتنبه العالي لحالته الداخلية ومشاعره، في حين يصرف انتباهه كلياً عن المثيرات الخارجية، وكلما زاد انتباهه لحالته الداخلية وقل انتباهه للمثيرات الخارجية كلما كانت فعالية التنويم أكبر. فمثلاً تحت تأثير التنويم المغناطيسي، ربما يعيش الشخص حالة من الهلوسات الإيجابية، بحيث يدرك الأحداث، والموضوعات، والأشياء التي لاوجود لها في الواقع أصلاً ولكنه يعتبرها موجودة، أو يمر بحالة من الهلوسات السلبية والتي يفشل فيها بإدراك أحداث وموضوعات، وأشياء موجودة وكان يدركها في الواقع. ولأن التنويم يسكن الألم أو يستعمل كمخدر، فإنه يشبه تأثير الدواء الوهمي "بلاسيبو placebo"، مما دفع بالباحثين إلى السعي لدراسة الآلية التي يعمل من خلالها التنويم المغناطيسي في خفض الألم.

ينظر الباحثون إلى ظاهرة التنويم المغناطيسي على أنها ظاهرة غريبة وفريدة، وأن فعاليتها في خفض الألم وتسكينه لم تغير من هذه النظرة. وعندما يستعمل في خفض الألم فإن تأثيرها المسكن والمخدر يكون واضحاً وسريعاً. وفوق ذلك فالمرضى الذين يخضعون له ويتم تخفيض الألم لديهم لا يعتقدون بأنهم منومين أو نوموا أصلاً، على اعتبار أنهم يملكون أفكاراً غير واقعية حول مشاعرهم التي تشبه التنويم.فقد أصر الكثير من المرضى على أنهم لم ينوموا إطلاقاً. ولذلك أجريت دراسات تجريبية ومخبرية على مرضى الألم الحاد، وتبين منها مايلي:

- التنويم يمكن أن يخفض الألم ويسكنه.
- حين يخضع الأفراد أو المرضى للتنويم، فإن الذين ينخفض الألم لديهم يكون التنويم فعالاً معهم، هم الذين يكونون اكثر قابلية للإيحاء، وللتأثر بطرق اخرى (كتأثرهم بالدواء الوهمي).
- سواء خضع الأفراد للتنويم أم لم ينوموا، فإن الذين طلب منهم اتباع طرق اخرى قد استعملوها بفعالية في التحكم بالألم وخفضه وخاصة طرق مثل: صرف الانتباه، وإعادة التفسير.
- بعيداً عن النظرة الأسطورية والخرافية حول التنويم المغناطيسي، فإن الذين يظهرون درجات عالية من التحكم بالألم والاستجابة لخفضه، بالطرق المعرفية كالتخيل، وإعادة التفسير، فإنهم يستجيبون بنفس الدرجة للتنويم. أي أن الأفراد الذين ينجحون في خفض الألم بالطرق المعرفية ينجحون في خفضه عن طريق التنويم.

هل يمكن لتنويم أن ينجح في خفض الألأم المزمن أيضاً؟ بالرغم من أن الدلائل تثبت فعالية التنويم في خفض الألم الناتج عن الصداع المزمن، وألم أسفل الظهر، وألم السرطان، فإن هذه الدراسات لم تستخدم مجموعات ضابطة بالتزامن مع المجموعات التجريبية من المرضى الذين طبقت عليهم طريقة التنويم. من هنا يمكن القول بأن هناك دلائل ضعيفة أو قليلة حول فعالية التنويم في خفض أشكال الألم المزمن، كما لم تثبت انه أكثر فعالية في خفضه من طريقة الإيحاء عن طريق الدواء الوهمي (بلاسيبو). ويمكننا القول عموماً بأن التنويم أكثر فعالية في خفض الألم الحاد من الألم المزمن (Hilgard&Hilgard,1983)، كما انه اكثر استعمالاً مع التقنيات السلوكية والمعرفية من استعماله بمفرده.

2) خفض الألم ومعالجته بطريقة الاستبصار:

توجد العديد من طرق العلاج النفسي التي تتضمن مساعدة الأفراد على ممارسة الاستبصار بهدف فهم جذور المشكلات التي يعانوها ومصادرها. فالعلاج عن طريق الاستبصار insight therapy هي طريقة علاجية تساعد المريض على اكتشاف أصل مشكلته ومعاناته، وخاصة الدوافع الأساسية التي تقف خلفها. ومع

أن العديد من طرائق العلاج النفسي تحاول أن تساعد المرضى على فهم الأسباب التي تؤدي إلى مشكلاتهم، إلا أن مثل هذا الفهم هو الأساس الذي تستند إليه طريق العلاج بالاستبصار، فهو الهدف الأولي، بينما تعديل سلوك المريض يكون فيها ثانوياً. ففي حالة الألم المزمن يساعد التبصر على ربط معاناة المريض ومشاعره مع الأسرة، ودور هذه البيئة في نشوء مشاعر الألم، وطريقة التعامل معها، والتغيرات التي حدثت في البيئة الأسرية نتيجة ذلك. ويمكن استعمال هذه الطريقة بشكل فردي أم جماعي.

ومن طرق العلاج بالاستبصار أن نعرض على المرضى كيف تعتبر سلوكيات الألم لديهم جزءاً من معاناتهم له، وذلك من خلال مشاهدة أفلام توضح لهم ذلك. ففي الكثير من الألعاب، والمباريات، يسعى الكثير من مرضى الألم بلعب أدوار يسعون من خلالها إلى تثبيت ذواتهم وشخصياتهم، ويقومون بدور الشخص الذي يعاني، ويتلقون مكافآت وجوائز عديدة، منها جذب انتباه الآخرين، والتعاطف أو المشاركة الوجدانية، فحين يقوم بدور الشخص الذي يتألم، فإن الآخرين يتعاطفون معه. ومثل هؤلاء لا يعرفون ما حدث فعلاً في مثل هذه الألعاب والمباريات، فهدف العلاج النفسي بالاستبصار هو أن نساعد هؤلاء على أن يكونوا أكثر وعياً ودراية بما يحدث، وكيفية تشكل سلوك الألم.

وهناك العديد من الفوائد والميزات التي تقدمها لنا طريقة العلاج النفسي بالاستبصار إذا طبقت بشكل جماعي، والتي تفوق الفوائد التي نحصل عليها مما لو طبقت فردياً، ومن أبرز هذه الميزات والفوائد في مساعدة المرضى على التعامل مع آلامهم والعجز الذي يعانونه بشكل جماعي، مايلي:

- الفعالية efficiency، على الرغم من أن لكل مريض مشكلاته ومعاناته الخاصة به، إلا أن الذين يعانون من الألم المزمن، يشتركون في مواجهتهم ومعاناتهم لصعوبات عامة: مثل الاكتئاب، وسوء استعمال الدواء، والضيق، ولذلك يمكن تقديم المعلومات لجميع المرضى، ويمكن الاستفادة من الوقت بفعالية عالية.

- خفض مشاعر العزلة reducing isolation، حين يطبق العلاج الجماعي فإننا نساعد هؤلاء المشتركين على كسر حاجز العزلة، وبالتالي إدخالهم في شبكة علاقات اجتماعية. وبالرغم من أن المريض المشارك في هذا النوع من العلاج الجماعي، سيسيطر عليه مشاعر الاغتراب في البداية، لأنه سيشعر بأنه مختلف عن الآخرين، إلا أن العلاقات المتطورة لاحقاً ستزيل مثل هذه المشاعر.
- تلقي تغذية راجعة مهمة credible feedback سيتلقى المريض المشارك في العلاج الجماعي التبصري تغذية راجعة من الآخرين ومن المعالجين النفسيين، وبالتالي ستتضح له الكثير من الجوانب التي لم تكن معروفة لديه مسبقاً كأن يقال له "لم تكن تعرف ماسكون عليه حياتك خلال اليوم"، ثم إن المعلومات التي يتلقاها من أقرانه المرضى ستزيد من اعتقاده بها.
- وجود مرجعات جديدة للمريض new reference group for patients سيصبح لكل مريض أشخاص تمثل مرجعيات يمكنه الرجوع إليهم حين الحاجة، مما يشكل شبكة علاقات اجتماعية لكل فرد منهم. من جهة ثانية سيعتبر المريض الذي يعاني الألم أنه ليس بمفرده من يمر بمثل هذه الخبرات المؤلمة، وأن عليه أن يمارس مهامه الاجتماعية وأدواره بالرغم من الألم الذي يعانيه، مما يساعد على تقليص هذه المشاعر.
- وجهات نظر متعددة يحصل عليها المعالج النفسي differentperspectiveforthetherapist إن مشاهدة المريض كيف يكون علاقاته مع الآخرين في المجموعة، سيتيح للمعالج النفسي أن يحصل على مزيد من المعلومات الدقيقة التي يمكن أن تساعده في تحديد مشكلة المريض وصعوباته، والتعرف عليها: مثل سوء تعامله مع مواقف الحياة، أو اتباعه أساليب مواجهة غير سوية.

يمكن لطريقة العلاج بالاستبصار أن تساعد مرضى الألم المزمن وأسرهم في فهم مشكلاتهم داخل الأسرة، والعلاقات القائمة ضمن المنظومة الأسرية.فحين يعاني الزوج من ألم مزمن، سيعيش كلا الزوجين حالة من الإحباط، والقلق، والضيق، ومشاعر الذنب guilt، والإحباط frustration والصراع conflict مما

يعيق تفاعلهما الاجتماعي وتواصلهما المنفتح. وتنشأ هذه المشاعر السلبية من التغيرات في أدوارهما، لأن الطرف المريض حين يمر بمعاناة شديدة من الألم المزمن، سيقوم الطرف الآخر بلعب أدواره في المنزل، مثلاً، حين تمرض الزوجة، وتعاني ألما مزمناً، سيقوم الزوج بدورها في الكثير من الأعمال مثل التنظيف، وإعداد الطعام،،،الخ. والعكس بالنسبة للزوج حين يمرض، إضافة إلى سيطرة مشاعر الإحباط، والقلق على الطرفين. فطريقة العلاج بالاستبصار يمكنها أن تساعد أفراد السرة على فهم طبيعة هذه العلاقة والأدوار حين المعاناة، أو المرض المؤلم، وتتيح لهم معلومات عن طبيعة هذه المشاعر المسيطرة وكيفية تشكلها، وآثارها، وبالتالي إيجاد الحلول المناسبة لها، وخاصة الصراع النفسي والإحباط الذي يعيشونه (Sarafino,2001).

باختصار يمكننا القول بأن العلاج بالتنويم والاستبصار الموجه طريقتان من طرق العلاج النفسي في خفض الألم، وخاصة الألم المزمن والشديد .ومع أن الطريقتين تساعدان في تسكين الألم والتحكم به، وتدبره، من قبل العديد من المرضى، إلا أننا ما نزال بحاجة إلى دراسات تجريبية حول فعالية هاتين الطريقتين، ونجاحهما. ولذلك توجد طرق العلاج الطبيعي لمعالجة الألم سنتحدث عنها في الفقرة التالية.

### سادساً: العلاج بالتنبيه (التحريض)، والعلاج الطبيعي (الفيزيائي) لخفض الألم:

لقد علماء الانتربولوجيا ومؤرخي الطب أن اكثر الثقافات والمجتمعات – إن لم نقل جميعها – قد اكتشفوا أنه يمكن تعليم الناس على مواجهة الألم وخفضه بالألم نفسه: "قاتل الألم بالألم". فألم من نوع معين، يمكنه أن يوقف ألماً آخر، فألم خفيف أو متوسط الدرجة، يمكنه أن يسكن ألماً اشد أو يوقفه. مثلاً، يمكنك ان توقف الألم الذي تشعر به أثناء الحقنة الدوائية، عن طريق الضغط على ضفر الإبهام بمقدمة الإصبع حين تحقن بالحقنة الدوائية. فخفض الألم عن طريق إثارة أو تحريض ألم جديد (مزعج) يعارض الألم الأصلي، يسمى تحريض الإزعاج المضاد irritation–counter. وقد طور القدماء في مختلف الثقافات طرقاً

متعددة من الإزعاج المضاد، منها طريقة الضغط بالفنجان القلوب cupping، بهدف تكسين الصداع، وخفض ألم الظهر، وألم المفاصل. ففي هذه الطريقة يتم استعمال فنجاناً واحداً أو أكثر ويتم قلبها، وضغطها على الجلد بقوة، فالهواء الذي يكون داخل الفنجان سيبرد أو يفتر، مما يحدث فراغاً، ويسبب كدمات على الجلد حين يتم سحب الفنجان، مما يساعد في تسكين الألم أو خفضه. وما تزال هذه الطريقة مستعملة حتى الآن لدى الكثير من المجتمعات (Melzack &Wall,1982 ).

إن المبدأ الذي تستند إلية طريقة الضغط بالفنجان (باعتبارها إحدى طرق العلاج بالتنبيه والتحريض)، هو أن تنبيه الألم الذي يحدثه الفنجان يعمل على تسكين الألم الأصلي الذي يعانيه المريض. سنناقش الآن العلاج بالتنبيه، ثم ننتقل إلى طرق العلاج الفيزيائي في خفض الألم.

1) العلاج بالتنبيه أو الإثارة stimulation therapy:

لماذا تعمل طريقة الإزعاج المضاد على خفض الألم، وكيف؟ إن أحد الأسباب التي تفسر ذلك هو أن الأفراد حين يخضعون لتنبيه حالة من الإزعاج لديهم تعمل على صرف انتباههم عن الألم الأصلي الشديد الذي يعانونه، وبالتالي تركز هذا الانتباه على مثير الألم والإزعاج الجديد. والتفسير الثاني، مرتبط بنظرة التحكم ببوابة الألم، فلنتذكر أن الألياف العصبية تعمل على نقل إشارات الألم ومثيراته عبر النخاع الشوكي باتجاه المخ، فحين يتم الانتباه إلى المثير المزعج أو المؤلم الجديد، فإنه سيعبر بوابة الألم، ويصعد باتجاه المخ، وفي نفس الوقت سيتم كف أو منع إشارات الألم الأصلية والشديدة من العبور. عن طريقة تحريض الإزعاج المضاد، كالتي تتم على مستوى العضلات، يمكنها أن تعمل على تنبيه الألياف العصبية الناقلة لإشارات الألم، وربما تعمل أيضاً على إيقاف البوابة أو إغلاقها.

توضح لنا نظرية التحكم ببوابة الألم، كيف أن تنبيه الإزعاج المضاد، يعمل على تطوير تقنية في التحكم تسمى "التحريض الكهربائي للعصب الناقل" transcutaneous electrical nerve stimulation، وفيها يتم وضع أقطاب كهربائية (أسلاك) على الجلد في المنطقة التي يشعر فيها الشخص بالألم، ثم يتم تنبيه هذه المنطقة كهربائياً عن طريق هذه الأسلاك، وذلك بتنبيهات خفيفة أو معتدلة، مما يعمل على خفض الألم العضلي الذي يعانيه الشخص. وقد طبقت هذه الطريقة على مرضى يعانون من أمراض مختلفة. ومن الأمثلة التقليدية على هذه الطريقة، التجربة التي أجريت على طفل عمره (9) سنوات، وأجريت له عملية جراحية، وقد تم تنبيه الأعصاب الناقلة عبر الأقطاب الكهربائية، وحين استعاد وعيه بعد العملية الجراحية، سأله الفريق الطبي مرات متعددة عما إذا كان قد شعر بالألم حين وضع الأقطاب الكهربائية وتنبيهه فأجاب بالنفي.

لقد استخدمت تقنية التنبيه الكهربائي للأعصاب الناقلة في معالجة مرضى الألم المزمن، كما هو الحال لدى مرضى الأطراف المبتورة، وتبين أن تأثيرها في خفض الألم لديهم كان قصير المدى (لفترة قصيرة)، في حين أن تأثيرها كان طويل المدى (لفترات أطول) حين طبقت على مرضى ألم المفاصل. من جهة أخرى فقد تبين ان تطبيق تقنية التنبه الكهربائي للأعصاب، قد ساعد على خفض الألم لدى مرضى الألم العصبي، وذلك لفترات طويلة الأمد.

ومن الطرق التي تعتمد التنبيه والتحريض العصبي، طريقة تسمى الوخز بالإبر acupuncture وفيها يتم استعمال أبر معدنية يتم إدخالها تحت سطح الجلد، مما يحدث تنبيهاً عصبياً. وقد استعملت هذه التقنية من قبل الصينيين منذ ما يقرب من 2000 سنة، وتستند إلى الفكرة التي تقول بأن الألم يحدث حين لا يكون هناك توازناً بين yin و yang ، وبالرغم من عدم اعتقاد الكثيرين ممن يستخدمون هذه الطريقة بهذه الفكرة، إلا أنهم يستعملونها بشكل كبير في مناطق كثيرة من أجسامهم.ويعتقد هؤلاء بأن الوخز بالإبر في مناطق متعددة من الجسم تساعد على تخفيف الألم في الظهر، والمفاصل، والأطراف (Melzack & Wall,1982).

كيف تعمل طريقة الوخز بالإبر؟ وهل ما تزال تستخدم؟ إن قدرة هذه الطريقة على التخدير وتسكين الألم الحاد لدى بعض المرضى معروف وواضح في الكثير من الحالات، كما استعملت في تسكين الألم لدى المرضى أثناء خضوعهم لعمليات جراحية. إلا أن بعض الدراسات توصلت إلى النتائج التالية حول فعاليتها (نجاحها) وحدود استعمالها:

- لقد أظهرت الدراسات المخبرية أن طريقة الوخز بالإبر تساعد في إحداث حالة من التخدير الخفيف، وبالتالي تسكين خفيف للألم لدى معظم الناس.
- إن الأثر التخديري الذي تحدثه طريق الوخز بالإبر تستند إلى شدة التنبيه والإثارة التي تحدثها عملية الوخز بالإبر، وليس بالاستناد إلى موقع الوخز أو أمكنة التنبيه بالجسم.
- الأشخاص الذين يستعملون هذه التقنية وتنجح معهم، هم الأكثر ميلاً للتنويم المغناطيسي، والأكثر قابلية للإيحاء.
- لا تساعد طريقة الوخز بالإبر في خفض الألم المزمن لفترات طويلة، وإنما تأثيرها المسكن قصير الأمد. ولكنها فعالة في خفض الألم لدى بعض الحالات كما هو الأمر في ألم المفاصل، والإصابات.

2) العلاج الطبيعي أو الفيزيائي للألم physical therapy:

يعتبر العلاج الطبيعي أو الفيزيائي من أهم الطرق العلاجية المستعملة في الكثير من الحالات الطبية، لأنه بمثابة إعادة تأهيل، لبعض للمرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية كالبتر، أو مرضى العظام، والعضلات، والكسور، والإعاقة، وغيرها من الأمراض. إنها تساعد في تقوية العضلات، ومرونة الأنسجة بحيث تستعيد أدائها لعملها ووظائفها الطبيعية قدر الإمكان. وهناك الكثير من التقنيات التي تستعمل في هذا النوع من العلاج، وذلك لمساعدة المرضى الذين يعانون من الألم المزمن والحاد، من هنا يعتبر التمرين الحركي النشاط المشترك في الكثير من البرامج العلاجية والتأهيلية.

ويقوم المختصون من الأطباء وعلماء النفس بتصميم البرامج التأهيلية بالتعاون مع المرضى أنفسهم، ويضعون الأهداف اليومية والأسبوعية التي يجب أن تنفذ من خلال البرنامج العلاجي التأهيلي، وبما يلبي احتياجات المريض وخصائصه الجسمية والنفسية\السلوكية. ففي حالات الإصابة الحادة، أو الأذية الخطيرة كالجروح والكسور، ربما يستغرق تنفيذ البرنامج العلاجي سنة أو أكثر، والأساس المنطقي الذي تستند غليه هذه البرامج العلاجية هو أن التمرينات البدنية يمكنها أن تساعد في تحكم المريض بألمه، وتسكينه له، كما هو الحال في الكثير من الأمراض مثل: ألم المفاصل، وألم الظهر والعضلات. إن مثل هذه التمرينات تساعد على مرونة العضلات والأنسجة مما يتيح لها أن تؤدي وظائفها جيداً، كما تتيح للمريض أن ينجز الكثير من انشطته اليومية والمهنية. ومن الطرق المستعملة في العلاج الطبيعي التدليك "المساج" massage، التمرينات الرياضية كالجري، واستخدام الماء الدافئ أو البارد، والتي تعمل على تسكين الألم وخفضه. فالمختص بمعالجة الأطراف chiropractor يمكنه أن يعمل على معالجة الرقبة، والأطراف، ويساعد في خفض ألم أسفل الظهر، باعتبارها من تقنيات العلاج الفيزيائي.

يستعمل العلاج الطبيعي أو الفيزيائي في معالجة الكثير من أشكال الألم المزمن، فالتمرينات البدنية التي تعتبر مكوناً أساسياً من مكونات المعالجة الطبيعية، يمكنها أن تساعد في تسكين الألم وخفضه لفترات طويلة، من هنا فإن تأثير هذا العلاج يكون طويل الأمد، كما هو الحال لدى مرضى الظهر. فالأجهزة الرياضية "الإيروبيك" aerobic والتمرينات البدنية يمكنها أن تحسن الحالة الصحية والنفسية بعد اسبوع أو اسبوعين من ممارستها، كما يخفض الألم، وتحسن من قدرات الشخص وادائه. وحين تستعمل طريقة العلاج الطبيعي مع طرق العلاج السلوكي، فإنها أكثر فعالية في خفض الألم المزمن والحاد، كما أنها تحقق نتائج افضل (Tuner & Others 1990).

## سابعاً: عيادات الألم:

قبل سبعينيات القرن الماضي (عام 1970 وما قبل)، إذا طال الألم الذي يعانيه الشخص، ولم يستطع الطبيب أن يحدد أسبابه، أو علاجاً له، يغادر هذا الشخص طبيبه دون أن يتلقى علاجاً أو بدائل مناسبة. ويحاول مثل هؤلاء المرضى طرقاً طبية متعددة لمعالجة المهم، أهمها الدواء الذي يتناولونه بغض النظر عن آثاره، وكثيراً ما يحدث حالة من الإدمان لديهم، وكان مرضى الألم المزمن – بشكل خاص – يعانون من الكثير من المعضلات. ولكن الأمر قد تغير، فمنذ نهاية عام 1970 بدأت المساعدة الفعالة التي يتلقاها مرضى الألم في مراكز وعيادات متخصصة تسمى عيادات الألم pain clinics ، أو "مراكز الألم pain centers"، وهي مؤسسات أو مراكز نشأت بهدف معالجة مرضى الألم المزمن بشكل خاص.

إن مفهوم تأسيس مراكز متخصصة في معالجة الألم، بدأ على يد متخصص التخدير جون بونيكا John Bonica الذي أحدث أول عيادة لعلاج الألم المزمن في كلية الطب بجامعة واشنطون (Fordyce,1976)، ثم تبعه متخصصون وأطباء آخرون، حيث تنتشر الآن آلاف العيادات المتخصصة في معالجة الألم في الولايات المتحدة الأمريكية. وتختلف هذه العيادات فيما بينها من حيث بنائها، وطرائقها، واتجاهاتها الطبية، وفي نوعيتها اختلافاً كبيراً. فالكثير من هذه العيادات خاصة وليست حكومية في حين أن بعضها الآخر يتبع كليات الطب في الجامعات الحكومية، وبعضها الآخر يتبع المستشفيات. والكثير منها يعتمد طرقاً واتجاهات علاجية متعددة (طبية وسلوكية) في معالجة الألم، في حين أن بعضها الآخر يتخصص في اتباع طريقة معينة فقط (مثل الوخز بالإبر، العلاج الفيزيائي، التنويم، التغذية الراجعة الحيوية).

### 1) البرامج متعددة التخصصات:

إن الفكرة الأساسية التي توصلنا إليها من اتجاهات وطرق معالجة الألم المزمن، هي أنه لا توجد طريقة واحدة فعالة بمفردها في تخفيف هذا الألم والتحكم به. والأطباء المتخصصون عادة لا يحيلون مريض الألم المزمن إلى عيادة تتبنى طريقة واحدة في علاج الألم (كالتغذية الراجعة الحيوية، أو المساج، أو الوخز بالإبر

مثلاً). من هنا نشأت فكرة عيادات أو مراكز الألم متعددة التخصصات Multidisciplinary Pain Clinics (orCenters ) وهي التي تجمع في عملها بين عدة طرق واتجاهات علاجية بحيث تحقق نتائج جيدة وفعالة، كما أن معدل نجاحها في خفض الألم وتدبره أعلى بكثير من اتباع طريقة واحدة. فالعيادات أو المراكز متعددة التخصصات والاتجاهات العلاجية تتبنى برامج علاجية تعتمد على طرائق العلاج: السلوكي، والمعرفي، والطبي الدوائي، والفيزيائي، والعلاج المهني، بحيث تغطي جميع العوامل التي قد تقف خلف الألم المزمن الذي يعانيه المريض، وضبطها.

أما عن طرق التقييم assessment التي تستعمل في هذه العيادات بهدف كشف العوامل التي تسبب الألم لدى المريض، فإنها تشتمل على تحديد المشكلات الخاصة لديه وعواملها ومن ثم تحديد نوع البرنامج العلاجي المناسب له والذي يلبي احتياجات هذا المريض وصفاته الشخصية. وبالرغم من أن أهداف عيادات الألم متعددة التخصصات مختلفة أو متفاوتة فيما بينها، إلا أنها تتضمن جميعها الأهداف العامة التالية:

- خفض الألم لدى المريض.
- تحسين أدائه ووظائفه الجسمية، وتفعيل أسلوب حياته.
- تقليص استخدامه للأدوية إلى أدنى درجة.
- تحسين الدعم الاجتماعي للمريض وحياته الأسرية.
- تقليص تردد المريض على الخدمات الطبية.

تستعمل البرامج التي تطبق في العيادات متعددة التخصصات، عدداً من طرق علاج الألم بحيث تغطي كل واحدة منها هدفاً من هذه الأهداف، وتحققه. من هذه البرامج مثلاً، اتباع طرائق وتقنيات خفض أو تقليص اعتماد المريض على الأدوية والتمرينات الفيزيائية بهدف زيادة قوته الشخصية ومرونته، وحركاته، كما تقدم طرق الإرشاد النفس الأسري الموجهة لعائلة المريض بهدف تحسين شبكة التفاعل الاجتماعي بين أعضاء الأسرة من جهة، وفي بيئة العمل من جهة ثانية .

2) تقييم نجاح عيادات الألم:

هل تحقق عيادات أو مراكز الألم نجاحاً في معالجة الألم وتدبره لدى المرضى المترددين عليها ؟ وهل تحقق عيادات الألم متعددة التخصصات أهدافها التي سبق ذكرها ؟ للإجابة عن هذا السؤال علينا أن نفحص الطرق العلاجية المعتمدة، والنتائج التي تم التوصل إليها في البرامج التي طبقت ونفذت في هذه المراكز. فكل برنامج علاجي نسعى لتقييمه:

1) نفذ من قبل عيادة الألم الخاصة بالمستشفى.
2) قدم علاجاً للمرضى المنومين داخل المستشفى لمدة أربع أسابيع تقريباً.
3) وفيها تم معالجة عدداً من المرضى في نفس الوقت.
4) كل برنامج من هذه البرامج طبق عدة طرائق وتقنيات في معالجة الألم: سلوكية، طبية، فيزيائية، مهنية.

أول هذه البرامج التي تم تقييم فعاليتها هو : مركز ميللر داون للتحكم بالألم ومعالجته التابع لمستشفى مينيسوتا، وقد كان المفحوصون الذين طبق عليهم البرنامج رجالاً ونساء يعانون من ألم جسمي ناتج عن إصابات أو أمراض أصيبوا بها، مثل آلام المفاصل، وذلك منذ مدة لاتقل عن سنة، وأنهم غير قادرين على العمل أو مزاولة المهنة بسبب هذا الآلام. وقد خضع جميع هؤلاء إلى البرنامج العلاجي الذي طبقت فيه عدة طرق وتقنيات منها: الاسترخاء، العلاج الفيزيائي بأشكاله المختلفة من وخز بالإبر وغيره، والتغذية الراجعة الحيوية، والعلاج السلوكي مثل مراقبة الذات، والعلاج المعرفي مثل تعديل طرق التفكير، والعلاج الجماعي، والأسري. وقد قام الباحثون بتقييم اداء هؤلاء المرضى وسلوكياتهم في بداية البرنامج (قبل تنفيذه) وفي نهاية البرنامج (بعد تنفيذه)، كما تم تقييم سلوكهم وأدائهم بعد فترة تمتد بين 6– 12 شهراً، من تنفيذ البرنامج والانتهاء منه (فترة متابعة). لقد أظهرت نتائج هذا التقييم أن مستويات النشاط لدى هؤلاء

المرضى قد ازداد بدرجة ذات دلالة إحصائية، كما انخفضت معاناتهم للألم، وتقلصت السلوكيات المعبره عنه، وانخفض معدل اعتمادهم على الأدوية. كما تبين أن (90 ٪) منهم تخلصوا من الألم بالكامل. أما الذين استمروا في تنفيذ أنشطة البرنامج خلال فترة المتابعة، ولم ينقطعوا عنها، فقد عبروا عن نشاطهم، وتحسن أدائهم، وأن نصفهم قد عادوا إلى مزاولة أعمالهم ومهنهم. تجدر الإشارة على أن تقييم الألم وسلوكياته لدى هؤلاء المرضى تم وفق لمقاييس تقدير سلوكية تتراوح بين 1، و 10 نقاط (Cinciripini, Floreen,1982).

ومن البرامج الأخرى التي تم تقييم فعاليتها، برامج علاج الألم المطبقة في مركز تدبر الألم التابع لجامعة نبراسكا (Guck, & Others,1985)، وقد استعملت الدراسة التي هدفت إلى تقييم فعالية أحد البرامج العلاجية التي طبقت في هذا المركز، مجموعتين من المفحوصين: الأولى المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج العلاجي، والثانية المجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها البرنامج، وقد كان أفراد المجموعتين منهم متجانسين من حيث العمر والجنس، والمشكلات الجسمية، والحالة الأسرية والاجتماعية، ومستوى العمل، والمستوى التعليمي والاقتصادي، ومن حيث طول فترة معاناة الألم، ودخولهم المستشفى بهدف العلاج. وقد تضمن البرنامج العلاجي الذي طبق في هذه الدراسة، عدة اتجاهات لمعالجة الألم منها: العلاج الفيزيائي، والسلوكي، والمعرفي، ومن أبرز الفنيات المستعملة في كل منها: التغذية الراجعة الحيوية، والاسترخاء، والعلاج الفيزيائي بطرقه المختلفة، والعلاج الأسري، والمهني. كما تم تتبع حالة هؤلاء بعد مدة سنة إلى خمس سنوات من انتهاء البرنامج، وقد تم التوصل إلى النتائج التالية:

- لقد انخفض الألم إلى أدنى درجاته في الأشهر الأولى.
- كما تحسن أداء الأفراد بدرجة كبيرة في مختلف الأنشطة (العمل اليومي، والمهني، والاجتماعي..)
- تقلص اعتمادهم على الأدوية، (مسكنات الألم) إلى حدودها الدنيا.

لقد أظهرت العديد من الدراسات نتائج مماثلة، وأثبتت جميعها أن عيادات الألم متعددة التخصصات (التي تعتمد في برامجها العديد من طرق علاج الألم وخفضه) فعالة، وتحقق نتائج جيدة وخاصة في حالات الألم المزمن طويل الأمد. وبالرغم من أن العوامل المادية أو الاقتصادية تلعب دورها في تطبيق مثل هذه البرامج، إلا أن بعض الأشخاص لا يستفيدون منها، ولكن الغالبية العظمى يحققون نجاحاً عالياً. فالبرامج التي تطبق طرق العلاج: الفيزيائي، والطبي، والنفسي الاجتماعي، والمعرفي، والمهني، تساعد على تحسن حالة مرضى الألم المزمن، وتحسن أدائهم اليومي، والمهني، والاجتماعي، كما تخفض درجة اعتمادهم على الأدوية والمسكنات.

## ثامناً: خلاصة:

الألم الذي يحتاج إلى مساعدة طبية ويتلقاها هو الألم الإكلينيكي، ويسعى المختصون لمعالجة الألم المزمن خاصة لدى المرض لعدة أسباب أهمها: تسهيل المعالجة الطبية، وخفض تعرض المريض للضغوط النفسية، وتسريع الشفاء. ويركز الأطباء على الألم المزمن أكثر من الحاد لأنه طويل الأمد وأكثر خطورة منه، ورغم أن العلاج الطبي لألم قد يكون جراحياً، إلا أن العلاج الدوائي كثيراً ما يستخدم في تدبره وخفضه ومن أهم الأدوية المستخدمة: المسكنات، والأدوية المخدرة، ومضادات الاكتئاب، وتوصف هذه الأدوية بكثرة للمرضى الذين يعانون من الألم الحاد، أكثر من وصفها لمرضى الألم المزمن الذي تعتمد معه طرق علاجية أخرى معرفية وسلوكية وفيزيائية..

إن أحد أهداف العلاج السلوكي والمعرفي للمريض الذي يعاني من الألم المزمن، هو خفض درجة اعتماده على الأدوية والعقاقير المسكنة، وإكسابه سلوكيات تعامل إيجابية. فطريقة الاشراط الإجرائي من الطرق السلوكية التي تهدف إلى خفض سلوكيات الألم لدى المريض كالتأوه، والخمول، وضعف النشاط اليومي. وبالتالي تعزيز السلوكيات الإيجابية لديه. أما طريقة الاسترخاء فتستعمل بهدف خفض التوتر العضلي والنفسي لديه، وعادة ما تستعمل مع طريقة التغذية الراجعة

الحيوية التي يتدرب فيها المريض على التحكم بعمل أعضائه، حتى تؤدي وظائفها بدرجة طبيعية قدر الإمكان. إن تطبيق طريقتي الاسترخاء والتغذية الراجعة الحيوية أكثر فعالية في خفض الألم من تطبيق إحداها.

وتستند طرق العلاج المعرفي على تعديل أفكار المريض، فمن المعروف أن بعض المرضى يحملون أفكاراً ومعتقدات سلبية ومتطرفة مما تزيد من حالتهم سوءاً، لذلك يتم تدريب المريض على عدة تقنيات معرفية منها: صرف الانتباه عن الألم، وتخيل الأحداث والمناظر الجيدة والممتعة، وإعادة التفسير أو التوضيح باستخدام عبارات إيجابية. وهناك تقنيات أخرى ذات تاريخ طويل في الطب وعلم النفس أهمها: التنويم المغناطيسي التي يتم فيها تنويم المريض وتخديره طبيعياً، وطريقة الاستبصار التي تساعد فيها المريض على تفهم حالته الصحية وتقديم معلومات موضوعية ودقيقة عنها، وتقدم هذه الطريقة عدة فوائد منها: أنها فعالة في خفض الألم، وتخفض عزلة المريض، وتقدم له معلومات مرتدة عن حالته، وتزيد من تفاعله الاجتماعي والأسري.

ومن الطرائق العلاجية الأخرى في خفض الألم وتدبره: العلاج بالإثارة والتنبيه التي يتم فيها إحداث حالة من الألم الخفيف لدى المريض بحيث تكف وتعيق الألم الأصلي عن طريق منع مرور إشارات هذا الألم إلى المخ، لذلك يعمل تنبيه الألم كهربائياً على بحيث يكف مرور إشارات الألم الأصلي للمخ، ومن هذه الطرق الوخز بالإبر أيضا، أما الطريقة العلاجية الأخرى فهي العلاج الطبيعي أو الفيزيائي مثل المساج، والتمرينات البدنية والأجهزة الرياضية، والحمامات الفاترة. وقد تبين أن استعمال هذه التقنيات مجتمعة أكثر فعالية من تطبيق واحدة منها، وخاصة في خفض الألم المزمن.

وبسبب انتشار مرضى الألم وعدم قدرة الكثير من المختصين على مواجهتها، تم انتشار مراكز متخصصة بالألم، تسمى عيادات أو مراكز الألم، والتي تطبق برامج علاجية وتدريبية تساعد المرضى على التحكم بالمهم وسلوكياتهم. بعض هذه المراكز تكون خاصة، وبعضها حكومية تتبع مستشفيات أو كليات الطب، بعضها

يطبق طريقة أو تقنية علاجية واحدة ويتخصص بها (مثل التغذية الراجعة الحيوية) وبعضها الآخر متعدد التخصصات (يطبق عدة طرق علاجية). وقد تم تقييم البرامج التي تطبق في هذه المراكز والعيادات، وتبين أنها فعالية وتساعد في تحسين أداء المرضى، وأسلوب حياتهم، كما تساعد على تفعيل أنشطتهم المهنية والاجتماعية، وخاصة حين تطبق عدة تقنيات علاجية بدلاً من تقنية واحدة.

# الفصل العاشر



## علم النفس العلاجي في المستشفى

## ملازمة المريض للمستشفى والتكيف معه



# الفصل العاشر

# علم النفس العلاجي في المستشفى

# ملازمة المريض للمستشفى والتكيف معه

- أولاً: المستشفى.
- ثانياً: دخول المريض إلى المستشفى والرقود فيه:
- ثالثاً: إعداد المرضى وتهيئتهم لمواجهة ضغوط العلاج الجراحي.
- رابعاً: حين يكون المريض داخل المستشفى طفلاً.
- خامساً: دور علماء النفس في مساعدة المرضى داخل المستشفى.
- سادساً: خلاصة.

# الفصل العاشر

# علم النفس العلاجي في المستشفى

# ملازمة المريض للمستشفى والتكيف معه

## أولاً: المستشفى:

تعتبر المستشفيات في البلدان الصناعية من المؤسسات الكبيرة، والمنظمة التي تشتمل على العديد من الأبنية أو الأقسام، و التي تقدم الخدمات الطبية/الصحية والمعالجة لمواطنيها. وقد تغيرت المستشفيات عبر التاريخ الطويل، مثلما تغيرات اتجاهات الناس وآرائهم حولها. فاتجاهات الأمريكان نحوها الآن تختلف عما كانت عليه في الماضي، حيث ينظر الناس الآن إليها على أنها أماكن لاستعادة الصحة والشفاء، بدلاً من كونها أماكن للموت، بالرغم من أن الكثيرين من المرضى يموتون داخل المستشفى. فلنلقي نظرة على كيفية نشوء المستشفيات عبر التاريخ، وكيف تطورت لتصبح كما نشاهدها الآن.

### 1) نشأة المستشفى وتطوره عبر التاريخ:

لم تكن هناك أمكنة متخصصة يجلس فيها المرضى لتلقي الرعاية حين يمرضون، ويمكن رؤية الجذور التاريخية لهذا الإجراء في التاريخ اليوناني، فقد بناء كنائس، يتم وضع المرضى فيها من أجل الصلاة، ولتقدم لهم الرعاية الإلهية، ولكن نقطة التحول الأخرى هي من خلال تقديم تسهيلات خاصة للمرضى في منازلهم، وتقديم العلاج للمرضى من الجنود الرومان الذين كانوا يعانون من العجز والاضطراب بسبب الحروب.

إن أول مؤسسة أنشئت لتقديم الرعاية الطبية للمرضى هي بناء الدير المسيحي الذي كان يهدف إلى تحقيق عدة أغراض، ومنها تقديم الرعاية للناس ذوي الحظوظ السيئة والمضطربين في المجتمع. فلم يكن للدير هدفاً واحداً، فبالإضافة على أنه بمثابة منزل يقدم الرعاية للمرضى، كان يساعد المحتاجين، والفقراء، وحتى المسافرين الذين يضطرون للإقامة خلال سفرهم الطويل. ويعتبر مستشفى أوتيل ديو في ليون Hotel–dieu of lyone بفرنسا من اقدم هذه المؤسسات حيث انشئ عام 542 بعد الميلاد. وبدأت تنتشر المستشفيات في بلدان أوروبا، ومنا كان يقدم خدمات متخصصة. وقد تم بناء المستشفيات في المستعمرات لتقديم الرعاية الطبية للجنود، كما هو الحال في المستعمرات الأمريكية، ففي عام 1751 تم افتتاح مستشفى بنسلفانيا باعتباره أول مؤسسة صحية في فيلاديلفيا بغرض معالجة الأمراض. منذ القرن السابع عشر وحتى بداية القرن العشرين، كان غرض هذه المؤسسات الاهتمام بالفقراء والعاجزين الذين يموتون بسبب الأمراض المعدية وغيرها، أما ذوي الطبقات العليا من الناس فكانت تقدم لهم خدمات طبية ورعاية وهم في منازلهم. بقي الحال على هذه الصورة حتى القرن العشرين حيث تطورت العلوم الطبية والمعارف العلمية المتخصصة المتعلقة بالعلاج والرعاية الصحية واستخدام التقنيات المتطورة في العلاج وخاصة في القرنين الثامن عشر والتاسع، حيث أخذت المستشفيات تنتشر في مختلف البلدان والمناطق، ففي الولايات ومع توسع الخدمات الصحية، عملت المسشتفيات على تقديم خدماتها لكافة الفئات والطبقات الاجتماعية بلا استثناء.ويدخل اليوم حوالي 31 مليون شخص للمستشفيات كل سنة (USBC,1995).

وحين ننظر في المستشفيات في الوقت الحالي، فإننا نرى توسعها، وتعدد أقسامها، وتخصصاتها، حيث تقدم الخدمات الصحية ليس فقط للمنومين (المرضى بداخلها) بل، وحتى المترددين على عياداتها وأقسامها المختلفة ممن لم يحتاجوا إلى تنويم أو إقامة، وتستهدف هذه الخدمات: إجراءات الوقاية من الأمراض، تفعيل الصحة وتحسينها، معالجة الأمراض الحادة والمزمنة، معالجة الإصابات، وتقديم

برامج التأهيل للمرضى المعاقين أو العاجزين، كما أن هناك أقسام فيها تختص بإجراء البحوث والدراسات الطبية. ومن اجل تحقيق هذه الأغراض مجتمعة، تحتاج المستشفيات إلى فريق كبير من المتخصصين، للقيام بهذه الأدوار، ولتقديم الخدمات المتنوعة.

2) تنظيم المستشفى، ووظيفته:

تقسم الخدمات الصحية على ثلاثة أقسام: علاجية، ووقائية، ونمائية داعمة. ويعتبر المستشفى وحدة طبية أو تنظيم مستقل لتقديم الخدمات الصحية: العلاجية فقط، للمرضى. وينطوي تحت المؤسسات العلاجية: المستشفيات العامة، والعيادات، والمستشفيات المتخصصة، والمستوصفات. أما المؤسسات الوقائية فتشتمل على: مكتب الصحة، ومراكز رعاية الطفولة، والأمومة والصحة المدرسية، والطب الوقائي، ومكتب التثقيف الطبي. أما المؤسسات النمائية الداعمة، فهي مراكز ومكاتب تأهيل وتدريب، مثل التأهيل المهني، والعلاج بالعمل. والمؤسسة الطبية هي كل هيئة طبية تستهدف تقديم رعاية صحية للمرضى سواء كانت علاجية، أم وقائية، أم نمائية داعمة. من هنا يطلق اسم"المؤسسة الطبية" على كل هذه التنظيمات التي تقدم الخدمات الصحية بأنواعها الثلاث: العلاجية والوقائية والداعمة. وسواء كانت رعاية عامة أم متخصصة. وتكتسب المؤسسة الطبية هذه الصفة العلاجية والوقائية والداعمة لوجود عدد مناسب من المختصين بها في شؤون الطب كالأطباء والممرضين، والمختصين في شؤون العلاج، والكشف، والتشخيص، والتحليل..الخ.

تتصف المؤسسة الطبية وخاصة المصحات والمستشفيات بتعدد أقسامها وكثرة عدد العاملين فيها مع اختلاف تخصصاتهم ومسؤولياتهم، فكلما زاد حجم المؤسسة الطبية، وتعقدت أقسامها، كلما تعقدت بنيتها ووظائفها، وتنوعت الخدمات التي تقدمها للمترددين عليها. من جهة ثانية تميز المؤسسة الطبية عموماً بأنها حتى لو خضعت لأنظمة وقوانين مهنية تحكم عملها، وشؤونها، إلا أن طبيعة

المرض وفريدة كل حالة تأتي، فإن هذه القواعد والأنظمة قد تتغير لتلائم الحالات الفردية لكل مريض، وبذلك لا تسير وفق روتين جامد، وقد تقتضي حرية التصرف للطبيب وفق ظروف الحالة، وخاصة من الناحية التخصصية، وذلك كله وفقاً للقواعد والأنظمة التي تحكم عمل هذه المؤسسة (مخلوف، 1991).

يختلف البناء التنظيمي للمستشفيات من بلد إلى آخر، كما يختلف وفقاً لنوعية الخدمات التي يقدمها للمرضى. ويمكننا القول بشكل عام بأن المستشفيات الحديثة في مختلف دول العالم تشتمل على الأقسام التالية:

- الخدمات الطبية وتضم: العيادات الخارجية التخصصية والتي تكون عادة في الدور الأرضي من المستشفى ويقوم بالإشراف عليها مجموعة من الاستشاريين ذوي الكفاءة، وتنقسم هذه العيادات إلى مجموعات، كل مجموعة بقسم استقبال خاص تتصل بنظام كمبيوتر متطور، وتمتاز هذه العيادات بتجهيزاتها المتطورة التي تغطي مختلف التخصصات مثل:
- أمراض القلب:cardiology.
- جراحة وزراعة الأسنان: Dental and dental Implants.
- الأمراض الجلدية:Dermatology .
- السكري: Diabetes.
- جراحة الأنف والأذن والحنجرة: Ear, Nose and Throat .
- الجراحة العامة: General surgery.
- أمراض الجهاز الهضمي: Gastroenterology.
- الأمراض الباطنية: Internal Medicine.
- علاج العقم: IVF.
- الأمراض العصبية: Neurology.
- أمراض النساء والولادة: Obstetrics and Gynecology.
- طب وجراحة العيون: Ophthalmology.
- جراحة العظام والكسور: Orthopedics.

- طب وجراحة الأطفال: Pediatrics and pediatric surgery.
- جراحة التجميل: Plastic surgery.
- الطب النفسي: Psychiatry.
- الأمراض الصدرية: Pulmonary medicine.
- جراحة المسالك البولية: Urology.
- الأمراض التناسلية: Venereal Disease.

كما تحتوي الخدمات الطبية – إضافة إلى العيادات الخارجية – العيادات التخصصية المفتوحة، وتوجد هذه العيادات بالنسبة للأطفال والنساء والولادة، والباطنية، وهي مفتوحة على مدى 24 ساعة لاستقبال المرضى بدون موعد مسبق.

الإجراءات الخاصة والتشخيص المتطور: يتوفر في المستشفى المعدات والأجهزة المتطورة للقيام بالفحوص الطبية المتنوعة، مثل:

- جهاز جاما للتصوير بالنظائر المشعة: للكشف عن أمراض القلب ووظائفه، وأورام الهيكل العظمي والغدد، ووظائف الجهاز التنفسي.
- جهاز تصوير الأوعية الدموية بالطرح الرقمي: وهو وسيلة حديثة لتصوير شرايين وأوردة الدم بدون اللجوء إلى القسطرة.
- جهاز التصوير المقطعي بالكمبيوتر C. T. Scan لتشخيص الأمراض واكتشاف الأورام داخل الجسم.
- جهاز تخطيط المخلص
- جهاز بوفا (الأشعة فوق البنفسجية) لعلاج حالات البهاق والصدفية والأكزيما، وغيرها من الأمراض الجلدية.
- غرف العمليات: وهي مجموعة من الغرف المجهزة لإجراء مختلف العمليات الجراحية، من عمليات القلب، والولادة، والحالات الطارئة، إضافة على غرفة الطوارئ.

- القسم الداخلي (التنويم): وهي الغرف التي تكون مجهزة بأسرة كهربائية يتحكم فيها المريض بسهولة، إلى أدوات اتصال من هاتف بدون رفع سماعة، وجهاز تلفزيون وحمامات خاصة. إضاعة على غرف متخصصة للعناية المركزة intensive careunit والمجهزة بكافة الأجهزة الضرورية للإنعاش وعلاج الحالات المتدهورة، بأحدث وسائل التنفس الاصطناعي، وأجهزة مانعة تليف القلب، مع إمكانية مراقبة القلب عن بعد.
- أقسام الخدمات الطبية المساندة: وتشتمل على: قسم الأشعة، والمختبر، وقسم العلاج الطبيعي أو الفيزيائي، والصيدلية.
- قسم الطوارئ: وهو القسم الذي يقدم خدمات متكاملة على مدار الساعة ومجهز بتجهيزات كاملة وغرفة إنعاش، وتجبيس يصل إليها المريض مباشرة عن طريق مدخل خاص لسيارات الإسعاف، ويتصل هذا القسم مباشرة بقسم الأشعة.
- المراكز المتخصصة: مثل مركز تفتيت الحصوات في الجهاز البولي، وغيرها من المراكز المماثلة.

باختصار نقول إن المستشفى كمؤسسة طبية تقدم خدمات علاجية متخصصة للمرضى والمترددين عليها، هو وحدة مستقلة ومتكاملة تحتوي على أقسام، وتخصصات متنوعة، ويقوم عليها فريق طبي متخصص، إضافة إلى فريق من الممرضين، والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، وذلك كله وفق أهداف هذه المؤسسة، وقوانينها الإنسانية.

3) الأدوار، الأهداف، والتواصل:

لننظر في المثال التالي: بينما تسير سيارة الإسعاف وهي تحمل شخصاً تعرض لحادث سير، ويتم إدخاله على غرفة الطوارئ، يبدأ فريق من المتخصصين عمله، حيث تتوزع الأدوار والمهمات وفقاً للمشكلات الصحية التي يعاني منها المصاب، فإذا كان هذا المصاب يعاني من كسر في الجمجمة، أو ارتجاج في المخ، فيتطلب الأمر متخصصين في الجراحة العصبية، وإذا كان يعاني من أزمة قلبية فيحتاج إلى متخصصين بأمراض القلب. إن اتخاذ القرار بالنسبة لمثل هذه الحالة يجب أن يكون سريعاً جداً، من هنا يجب القيام بالفحوص الطبية والتحاليل المخبرية والصور

الشعاعية، بهدف فحص حالته والتوصل إلى تشخيص دقيق لكل كما يعانيه من مشكلات وأمراض، وأذيات. إضافة إلى الفريق الطبي، يلعب الممرضون والممرضات أدواراً مهمة في توفير الرعاية ومساعدة الأطباء، وفي تنفيذ الخطة العلاجية.

- تنسيق الرعاية التي تقدم للمريض: حتى وقت قريب، كان المريض يتلقى الخدمات الصحية في المستشفى من قبل فريق صغير من الأطباء والممرضين الذين يعملون جنباً إلى جنب بتواصل مستمر وجهاً لوجه جانب السرير. ولكن مثل هذا الوضع قد تغير الآن، فإجراءات فحص المريض المنوم داخل المستشفى من جهة، وتقديم المعالجة له من جهة أخرى، تشتمل على سلسلة من الإجراءات والخطوات التي يقوم بها فريق متنوع من المتخصصين يقوم كل واحد منهم بدوره بشكل مستقل، مع وجود تواصل أو لقاء بسيط بينهم قرب المريض. وهذا يعني أنه ليس من الضروري أن يقوموا بأعمالهم مع بعضهم البعض، فيمكن لكي شخص أن يؤدي دوره، بعد فحص الحالة وتشخيصها، لتقدم الخدمات الطبية والعلاجية بشكل مستقل من قبل الفريق. وبالرغم من فائدة هذه الطريقة، أن لها بعض المساوئ، وهي أن الخدمات الطبية تقدم للمريض داخل المستشفى بشكل مستقل، أو أنها تجزأ على أجزاء fragmented وأقسام ويقوم لكل متخصص بدوره الجزئي هذا بدون أن يكون هناك تعاون وتواصل كاف بينهم، ولا يمكن لأحد أن يحل محل الآخر. فربما تحدث خطورة من وراء هذا التقسيم في الأداء والأدوار. ولتلافي هذه الخطورة تعمل المستشفيات على تقليص مخاطر عدم التعاون بين المتخصصين من خلال تحديد شخص معين، وليكن ممرضا متمرساً، يكون بمثابة صلة الوصل، ويستمر مع المريض، ليقوم بالتنسيق coordinate بين المهمات والأدوار جميعها، وبذلك يقوم هذا المتخصص بدور المنسق الذي يتحمل مسؤولية الربط والتنسيق بين الخدمات الطبية التي يقدمها الجميع. إلا أن التواصل المباشر (اللقاء وجهاً لوجه) بين الطبيب والمريض، يبقى هو الطريقة الأفضل، لأنه يقوم بالعديد من الأدوار والمهمات، كما تقل نسبة الوقوع في الأخطاء، وتساعد على تقديم معلومات مهمة للمريض، بنفس الدرجة التي تقدم معلومات مرتدة (تغذية راجعة) لكل عضو من أعضاء الفريق.

- مخاطر صحية داخل المستشفى: إن التواصل بين العاملين والمتخصصين داخل المستشفى ذو أهمية كبيرة، لأن المستشفيات مصادر لبعض المخاطر الصحية بالنسبة للعاملين فيها .تشتمل هذه المخاطر على المواد الكيماوية التي تستعمل في العلاج، ومن بين هذه المواد أكسيد الإثيلين oxide ethylene الذي يستعمل في التعقيم. إن التعرض طويل الأمد لهذه المواد الكيماوية يساعد في حدوث السرطان. وعلى إدارة المستشفى أن تحافظ على قنوات تواصل جيدة بين العاملين من اجل منع تعرضهم لهذه المخاطر، وبذلك يجب تنويع الأدوار والمهمات للعاملين تحت هذه الظروف.من جهة ثانية يجب اتخاذ إجراءات وقائية لمنع إصابة المريض وتعرضه لمخاطر هذه المواد الكيماوية أثناء المعالجة.

ومن المخاطر الأخرى في المستشفى، هي تعرض العاملين والمرضى إلى الميكروبات microorganisms (كائنات حية دقيقة) المسببة لبعض الأمراض، وقد لاحظنا كيف أن المستشفيات في القرون السابقة كانت تحتوي على المرضى والمصابين بأمراض معدية، حيث يموت المرضى فيها لانتقال العدوى إليهم بسرعة. ومع أن المستشفيات الحالية تتخذ إجراءات وقائية مهمة لمنع انتقال مثل هذه العدوى والميكروبات، إلا أنه لايمكن القضاء عليها نهائياً، فقد تبين أن 5 ٪ من المرضى في المستشفيات الأمريكية (2 مليون شخص كل سنة) اكتسبوا عدوى طفيلية وميكروبية من المستشفيات، وأن 15 الف منهم قد ماتوا نتيجة الإصابة. ولمواجهة هذه المخاطر عمل علماء الأوبئة (الابيدميولويجي) على تكوين لجان متخصصة لوضع سياسات وطرق تمنع الإصابة بهذه المخاطر والعدى بين العاملين في المستشفيات، وقد تكونت لجنيتان: الأولى مهمتها ضبط المخاطر بين الأطباء، والثانية بين الممرضين والعاملين على تقديم الرعاية. ومن أهم الطرق التي تم التوصل إليها استعمال الأقنعة الواقية، وغسيل الأيدي وتعقيمها، وارتداء " الكفوف" (عازل لليدين). ومع ذلك فإن بعض العاملين لا يلتزمون بهذه الإجراءات. ففي دراسة هدفت الكشف عن نسبة الذين يتقيدون بهذه الإجراءات الوقائية بين العاملين في المستشفيات، تبين ان (8000) منهم وخاصة الممرضون، لا يلتزمون بالتعليمات

الوقائية. وبالغرم من أن العدوى بين العاملين في المستشفيات مستمرة وخطيرة، إلا أن تحمل المسؤوليات، والالتزام بالقوانين الطبية والوقائية، تقدم جميعها تغذية راجعة، ومعلومات مرتدة تتيح لهم أن يستمروا بتنفيذ هذه الإجراءات والتقيد بها، لما تحققه من نتائج فعالة.

- تأثير التنويم (تأثير إقامة المريض بالمستشفى): إن تكاليف الدخول إلى المستشفى وتلقى الرعاية الطبية، باهظة التكاليف بشكل عام، وبالغرم من أن بعض المستشفيات عامة (حكومية) تقدم خدماتها مجاناً أو بأسعار رمزية، وبعضها الآخر خاصاً، إلا أن نظام دفع الرعاية الصحية، قد تغير مع مرور الزمن، ويمكننا أن نقسم الخدمات الصحية التي تقدم لمرضى على نوعين: الأولى: فحوص، وتشخيص (ويدخل فيها، التحاليل، والتصوير، وغيرها)، والثانية: هي المعالجة بطرقها المختلفة (دوائية وكيماوية، جراحية، علاج طبيعي فيزيائي..). وبعض المرضى يقضون فترات طويلة في المستشفى long– term حسب المرض (كما في الأمراض المزمنة)، وبعضها الآخر قصير الأمد short–term كما في الأمراض الحادة. إلا أن طول فترة البقاء بالمستشفى تختصر، وتقل، ينطبق ذلك على الحالتين السابقتين، وخاصة قصيرة الأمد، وقد بدا هذا التغير منذ سبعينيات القرن الماضي، حيث تبين أن معدل البقاء في المستشفى، هو أسبوعاً كاملاً، إن قصر فترة إقامة المرضى بالمستشفيات، غنما يدل على ثلاثة نقاط:

1) يمتلك الناس إجراءات وطرق للرعاية الطبية يمكنهم تنفيذها خارج المستشفى (وهم في المنزل) وبالتالي يمكنهم التردد بين الآونة والأخرى غليه للمتابعة.
2) إن الطرق والإجراءات الصحية والعلاجية التي تقدم للمرضى فعالة وتحقق نتائج إيجابية (مثلاً، الكثير من العمليات تتم بدون جراحة– كالليزر مثلاً – مما لا يتطلب البقاء فترة طويلة في المستشفى).

3) يتم إخراج المريض من المستشفى مع بداية الشفاء (في المراحل الأولى للشفاء)، وبالتالي يمكن إتمام المعالجة داخل المنزل من أجل بلوغ الشفاء مراحله الأخيرة.

عموماً يفضل معظم المرضى الخروج من المستشفى مبكراً إذا كان ممكناً ذلك،لأن الكثير من الناس يعتبرون البقاء في المستشفى خبرة سلبية، من النواحي: المادية، والاجتماعية، والنفسية، والجسمية.

**ثانياً: دخول المريض إلى المستشفى والرقود فيه:**

بالرغم من أن معاناة المرض يمثل خبرة سيئة لجميع الناس، وخاصة حين يكون المرض خطيراً فالخبرة ستكون أسوأ، فإن الدخول إلى المستشفى هو الآخر، خبرة سلبية أخرى تضاف إلى الخبرة السيئة السابقة، لأن الدخول إلى المستشفى يسبب:

1) خللاً في أسلوب أو نمط حياة الشخص التي اعتد عليها وتكيف معها وشعر بالسعادة فيها.
2) لأنه يتطلب اعتماداً على الآخرين.
3) كما يسبب الكثير من الأحداث التي تخلق التوتر والضغط النفسي والضيق لدى المريض. تسيطر حالة عدم السعادة (الحزن الشديد) على المريض حين يتجه نحو المستشفى ومنذ اللحظات الأولى لدخوله، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن المريض حالما يرقد في السرير، سيبدأ بتكوين علاقات مع الفريق الطبي، من العاملين على رعايته.

1. علاقات المريض مع الفريق الطبي بالمستشفى:

لنفترض أنك دخلت المستشفى للتو لا سمح الله، فكيف ستتصرف حيال الفريق الطبي حين لا يقدم إليك المعلومات أو الرعاية التي تطلبها؟ يدخل المرضى عادة على المستشفى وهم يحملون فكرة واضحة عن الدور الاجتماعي للفريق الطبي،

بأنه سيعتمد على أعضاء هذا الفريق، وأنه سيقدم له الرعاية، والمعلومات التي يطلبها، والقيادة، والقوة في العلاقات الاجتماعية داخل المستشفى. إلا أن المريض، شخص غريب بين مجتمع المستشفى، فهو غير معروف من حيث شخصيته، وتصرفاته. هذه الظروف تخلق لديه شعوراً بعدم الراحة، والضيق، والهم دال المستشفى (Cu,1995).

يعتبر القلق anxiety أو حالة انفعالية يخبرها المريض عند دخوله المستشفى، فإذا كانت مشكلتهم الصحية غير معروفة (لم تشخص بعد)، فسيشعر بالهم، والقلق الشديد حيال المشكلات، هذا المجهول الذي لم يعرف بعد (ومن المعروف أن القلق رد فعل لحالة خطر أو تهديد لم يعرف مصدره ونوعه)، إنه سيفكر بماذا سيحدث، ما هي النتائج، كيف سيؤثر المرض على حياته. وحين يتم تشخيص الحالة، وتعرف مشكلته (مرضه) سيفكر ويقلق بالكثير من الأمور منها، العلاج الذي سيقدم له، وهل سيحقق له نتائج إيجابية، وكم ستطول مدته. ويمكننا القول بان مشاعر القلق التي يعيشها المرضى في المستشفى، ناتجة عن عدم توفر المعلومات لديهم. ومع أن عدم توفر المعلومات، قد ينتج عن أن نتيجة الاختبارات والفحوص الطبية أو التحاليل لم تظهر بعد، إلا أنها قد تحدث أيضاً بسبب عدم توفر الوقت الكافي للفريق الطبي بان يخبر المريض بذلك.

تعتبر المستشفيات أمكنة مزدحمة، وكثيرة المشاغل والمهمات، ولكن ضيق الوقت لدى القائمين عليه (سواء اطباء، أم ممرضين، أم إدارة)، هو أحد الأسباب وراء عدم تقديم معلومات التي يحتاجها المرضى عن حالاتهم ومشكلاتهم الصحية. ويملك الأطباء المتخصصون معلومات كافية ودقيقة عن حالة المريض، ولكنه قد يحجبها عنه، منعاً لإساءة فهم المريض لها، أو تجنباً لردود فعله الانفعالية السلبية. ويسعى الكثير من المرضى الذين يم يحصلوا على معلومات من الأطباء، على الحصول عليها من أشخاص آخرين مثل الممرضين والممرضات، والموظفين، أو حتى عن طريق استرقاق السمع eavesdropping لما يهمس به الأطباء.

ومع أن الناس قادرين على التصرف، وواسعي الخبرة والتدبر والموهبة، إلا أن المعلومات التي يحصلون عليها بهذه الطرق غير المباشرة (من المرضين، والموظفين، واسترقاق السمع)، قد تكون غير دقيقة، ومغلوطة. فإذا حدث ذلك، فإن معتقدات/أفكار المريض التي تكونت لديه ستؤثر في سلوكه وفي درجة التزامه بتعليمات الطبيب وباتباع المعالجة، وقد تقود إلى سيطرة حالات انفعالية سلبية عليه. فحجب المعلومات عن المريض ربما تقود إلى سوء الفهم لديه، أو إلى الشعور بالتهديد وسيطرة انفعالات سلبية.

ومن الحالات والصفات التي تنتشر بين المرضى بسبب الطريقة التي يتبعها الطبيب في تفاعله معه، هي ما نسميه اختلال الأنية depersonalization أي اختلال في الأنا أو الشخصية، والتي تنتج عن أن الطبيب يعالجه وكأنه غير موجود، أو انه ليس شخصاً أو كياناً. وقد سمى عالم الاجتماع ايرفنغ جوفمان Erving Goffman (1992)، هذه الحالة او الخاصية باسم "علاج غير الشخص"، non–person treatment وأن سلوك الطبيب الذي يتبع هذا الأسلوب يوصف بأنه "يرحب بالمريض في البداية على أنه إنسان متحضر، ويودعه في نهاية لقائه على أنه شخص وكيان، ولكن بين الطرفين – أي بين تحية الاستقبال وتحية الوداع – لا يحدث شيئاً من هذا إطلاقاً، بل على أنه "أحد، رقم" أصبح خلفه وانتهى".

لماذا يتعامل بعض الأطباء مع مرضاهم على أنهم ليسوا أشخاصاً أو بشراً؟ أحد الأسباب وراء ذلك، كما يقول (ايرنغ جوفمان) هو أن الأطباء يريدون أن تكون هناك مسافة أو حاجزاً بينهم وبين مرضاهم، حيث تكون هناك مسافة فيزيقية، من اجل تجنب معرفة المريض لما يفعله الطبيب، ولتجنب طرحهم الأسئلة، أو التصرف بطريقة قد تعيق عمل الطبيب وفحصه وتشخيصه. وهناك عدة عوامل انفعالية تقود العاملين في المستشفى إلى معلمة المرضى بطريقة غير إنسانية وفيها اختلال لشخصية المريض.فالمستشفى مكان حافل بالمشاغل، والحركة، والناس، وخاصة حين يكون هناك حالات طارئة ومتنوعة، فالأطباء والمتخصصين عليهم مسؤوليات وأعباء كثيرة جداً، تؤثر على صحتهم، كما هو الحال لدى المتخصصين في العلاج

الكيماوي، والتحاليل المخبرية، وغيرها. لذلك يمكننا القول بأن مهمات الطبيب وأدواره، وأعباء المهنة تلعب دوراً كبيراً في جعله يتصرف بهذه الطريقة "غير الإنسانية" مع مريضه. فالعاملين في المستشفى يقومون بأعمال ستحدد حياة الشخص أو موته، مما يخلق ضغوطاً نفسية وجسمية كبيرة على جميع العاملين بالمستشفى، من هنا تعتبر مهنة الطب من المهن الضاغطة. وقد نرى نتيجة ذلك، أن الطبيب قد يلوم مريضه أو يتحدث معه بكلمات "غير لائقة". ويجب اعتماد طرق وإجراءات تخفف من تعرض الطبيب للحالات الانفعالية السلبية، والضغوط المرتفعة، تجنباً لانعكاس تأثيرها على المرضى أيضاً. فاختلال الشخصية والأنية، وعدم معاملة المريض كشخص، تجعل الطبيب متجرداً من العاطفة، واقل انفعالية، ولا يتأثر حين تحدث الوفاة (Kneut ,1982).

2. سلوك المريض داخل المستشفى:

لا تتأثر العلاقات بين الأطباء والمرضى داخل المستشفى، بسلوك الفريق الطبي فقط، ولكن بسلوك المرضى أيضاً. فالمستشفى يمثل بيئة غريبة وغير معروفة، بالنسبة للمرضى، فلابد من التكيف النفسي والاجتماعي معها، وقد يجد الكثيرون من المرضى صعوبة في عملية التكيف هذه. وسبب هذه الصعوبة، العزلة التي يشعر بها المريض، والتقيد بأنظمة صارمة، من حيث الوقت، والطعام، ومختلف الأنشطة، والكثير من الشروط التي لايمكن التحكم بها أو ضبطها وتغييرها، وكذلك الاعتماد على الآخرين في تلبية الكثير من الاحتياجات الشخصية. مثل هذه العوامل والشروط تعقد من السلوك المرضي. فكيف يتصرف المريض داخل المستشفى؟

حين يدخل المرضى المستشفى، يملكون بعض الأفكار عما يجب عليهم القيام به، وكيف سيسلكون.وقد درس لوبر (Lorber,1975 )، هذه الأفكار عن السلوك المرضي لدى (100) مريض دخلوا المستشفى لإجراء عمليات جراحية، وقد كانت الغالبية العظمى منهم فوق سن الأربعين، وجميعهم سيخضعون لعمليات جراحية تتفاوت في مستوياتها من البسيطة إلى الخطيرة. وقد قابل (لوبر) المرضى حين

دخلوا المستشفى وعند الخروج منه، وقد طرح عليهم أسئلة تتعلق بدرجة موافقتهم أو عدم موافقتهم على الكثير من الأشياء مثل: "إن أفضل شيء تقوم به في المستشفى أن تحتفظ بهدوئك، وأن تنفذ ما يطلب منك"، و "إنني كمريض متعاون جدياً، وأنفذ ما يطلب مني"، "حين أكون مريضاً أتلقى الدلال، والعناية، والاهتمام"، وقد استجاب المفحوصين من المرضى على هذه العبارات لتبيان ما إذا كانوا نشطين أو فعالين active، أم سلبيين passive في سلوكهم داخل المستشفى. لقد أجاب المرضى على العبارتين الأوليتين بالإيجاب والموافقة، بينما لم يوافقوا على العبارات الثالثة. وقد تبين أن الذين كانوا سلبيين، كانوا أقل حواراً ومناقشة، وأقل تعاوناً مع الفريق الطبي.

والهدف الآخر من الدراسة، هو تقصي ردود فعل الفريق الطبي تجاه المرضى أنفسهم، والتعرف على استجابتهم حيال السلوك المرض لهم. لقد صنف الفريق الطبي مرضاهم وفقاً لفئات: "المريض الجيد"، "والمريض العادي والمعتدل"، و "المريض المشكل أو الصعب – ذو المشاكل". كما طلب منهم أن يصفوا سلوكيات مرضاهم بعبارات محددة، وردود أفعالهم حيال هذه السلوكيات. لقد تبين أن المرضى الذين وصفوا بأنهم "مرضى جيدين"، هم الذين اعتبروا "سلبيين" من قبل الفريق الطبي، فهؤلاء المرضى هم متعاونون، قليلي الشكوى والتذمر، كما أنهم اجتماعيين، في حين أن الذي يوصفوا بأنهم "مرضى صعبين ومشكلين"، هم الذين كانوا غير متعاونين، وكثيري الشكوى، وانفعاليين، واتكاليين. مثلاً، من بين المرضى "الصعبين والمشكلين"، رجل عمره 74 سنة الذي عولج من مرض في المرارة "الحويصلة الصفراوية"، وكان يسيطر عليه مشكلات سلوكية وطبية: فقد كان غير متعاون، ولا يتقيد بتنفيذ المعالجة، والنظام الدوائي، وقد قال عنه الفريق الطبي، بأنه "قتالي وهجومي، وأن تصرفاته غير ممكنة ومستحيلة". إن النتائج التي تترتب على العلاقة غير التعاونية بين الطبيب والمريض لا تساعد على تنفيذ الخطة العلاجية وتعليمات الطبيب.

ولكن سلوك المريض السلبي، يمكنه أن يخلق مشاكل أيضاً (بالغرم من أن الفريق الطبي قالوا عن مثل هؤلاء المرضى بأنهم متعاونين، وجيدين) فأحد المرضى الذي يعاني من مرض خطير، لا يريد أن "يزعج الممرضة" حين يجب عليها أن تقوم بواجبها في الرعاية وتقديم الدواء. مما خلق اضطراباً في عملها وأداء واجبها فالمرضى الذين هم "سلبيون" داخل المستشفى ربما يفشلون في اتباع أدوار "نشطة وفعالة" في تنفيذ خطة العلاج وتناول الدواء، وتنفيذ التعليمات الطبية، وبالنسبة لبعض الأمراض يعيقون تنفيذ خطة التأهيل بعد الإصابة. ويمكننا القول بأن العلاقة النموذجية بين الفريق الطبي والمرضى هي التي تسرع من تنفيذ الخطة العلاجية.

من جهة أخرى فإن بعض الظروف الصعبة التي يراها المريض في المستشفى قد تجعله يسلك سلوكاً صعباً ويصبح بالتالي من نوع "المريض المشكل والصعب"، وقد ميز (لوبر) بين نوعين من هؤلاء المرضى: النوع الأول، هم المرضى الذي يعانون من أمراض خطيرة، ولديهم شكاوي كثيرة، وأعراض معقدة، و ونجاح علاجهم صعب، حيث يتقدم العلاج أو الشفاء عندهم ببطء شديد. وبالرغم من أنهم يظهرون سلوكيات صعبة ومشاكل، ويحتاجون إلى درجة كبيرة من الاهتمام والرعاية، فإن الفريق الطبي يغفر لهم ذلك ويعفو عنهم. والنوع الثاني، هو المرضى الذين لا يعانون من أمراض خطيرة، ولكنهم يحتاجون لوقت طويل، واهتمامك اكثر مما تحتاجه حالتهم أو أمراضهم، إنهم كثيروا الحديث، والحوار، وغير متعاونين مع الفريق الطبي. فلماذا يسلك المرضى الذين لا يعانون من أمراض خطيرة بمثل هذه التصرفات التي تعيق الرعاية الطبية؟ أحد الأسباب هو أن سلوكهم هو رد فعل لحالة الغضب التي يعيشونها بسبب فقدانهم للحرية، والقدرة على التحكم. من هنا يعتبر سلوكهم المشكل هذا، رد فعل لحالة التقييد التي يعيشونها وما أحدثته من انفعالات سلبية كالغضب. مثلاً، قد لا تسمح الممرضة، للمريض بالسير في الممشى، بسبب الأذية في ساقيه، أو بسبب العملية الجراحية، وقد تمنعه من مشاهدة التلفزيون متأخراً، لأن هذا سيسبب إزعاجاً للمرضى الآخرين، أو لا يسمح لقريب له بزيارته في وقت محدد قدم فيه، لأن مثل هذه الزيارة ستعيق تنفيذ مهمات الفريق الطبي. يغضب بعض المرضى داخل المستشفى بسب تقييد حريتهم، وتصدر عنهم استجابات – بديلة عن الغضب – تظهر كرد فعل سلبي تجاه فريق الرعاية، ويمكن تسمية هذا المريض "بالمريض المرتد أو الثائر".

كيف يتعامل الفريق الطبي مع المريض الثائر أو المشكل؟ قد يستجيب فريق الرعاية بابتسامة لسلوك هذا المريض، وفي أحيان أخرى قد لا تكون الاستجابة إيجابية (كالابتسامة)، بل قد تكون سلبية كأن توبخ scold الممرضة هذا المريض، أو تجاهل ignore سلوكياته، أو قد تتأخر في تلبية احتياجاته ومتطلباته، فتتلكأ في الاهتمام به. عادة يتفق الفريق الطبي في المستشفى، على اتباع إجراءات معينة يتم الاتفاق عليها مع هؤلاء المرضى، بحيث تقدم لهم الرعاية الضرورية، بدون أن يؤثر ذلك في بقائهم بالمستشفى، أو التعجيل في الخروج.

لحسن الحظ نسبة المرضى من النوع "المشكل أو الصعب" قليلة جداً، فالكثيرين منهم يحاولن التكيف مع الظروف الجديدة، ويتعاونون لتنفيذ الخطة العلاجية. من هنا نجد أن نسبة لابأس بها من المرضى هم النوع "الجيد"، وهؤلاء يسعون لأن يظهروا بأحسن صورة مع فريق الرعاية. إنهم يسعون جاهدين لأن لا يعطوا فكرة غير جيدة عن أنفسهم، أو أن يكونوا غير محبوبين، بل على العكس من ذلك، يحاولون باستمرار أن يستجيبوا بطريقة يكسبوا حب الفريق الطبي، وأن لا يكونوا اتكاليين أو يعتمدوا بكل شيء على الآخرين. إنهم يعتقدون بأنهم إذا عبروا عن غضبهم أو انزعاجهم أما فريق الرعاية، فالنتيجة ستكون استجابة هذا الفريق بطريقة غير مرغوبة تجاههم، مثل: عدم إعطائهم الدواء بموعد، أو عدم تنظيم الفراش. فالمريض "الجيد"، هو الذي يعيش حالة قلق حين ينظر إلى الساعة، ويحين موعد تناول الدواء، ولا يأتي أحد من فريق الرعاية ليقدم له الدواء.

تجدر الإشارة على أن سلوك المريض داخل المستشفى يتأثر بعدة عوامل، إضافة إلى نوع المرض وخطورته، من هذه العوامل، طريقة تفكيرهم حول كيفية التصرف، وكيف سيسلكون داخل المستشفى، وردود فعلهم حول تقييد حريتهم، وكيفية تكيفهم مع النظام الجديد. يستجيب المرضى بطرق مختلفة حيال فريق الرعاية الطبية، كما أن سلوكهم يعتمد على طريقة مواجهتهم وتعاملهم مع شروط العلاج، والظروف الطبية التي يعيشونها داخل المستشفى (Sarafino,2001).

3. التكيف الانفعالي داخل المستشفى:

تخيل أن شخصاً في الثلاثين من عمره، ينتظر في غرفة بالمستشفى من أجل علاجه من ورم في رئته ظهر عنده بواسطة أشعة أكس. ويعرف هذا الشخص بأن العلاج الجراحي الذي ينتظره لن يحقق له الشفاء، وسيتبع العلاج الكيماوي والشعاعي لعدة أشهر. إن الدخول إلى المستشفى للعلاج من مرض خطير، يخلق الكثير من الانفعالات السلبية والقلق، والضغط النفسي.

على المرضى الذين يدخلون المستشفى أن يتعاملوا مع حالاتهم الانفعالية، وأن يتكيفوا معها. فالعمليات الجراحية تخلق حالة من القلق لدى المرضى، تختلف مستوياته، ولكن أبرزها القلق الشديد الذي يظهر لديهم حين يدخلون المستشفى، ويستمر القلق بدرجاته العليا حتى حين إجراء العملية الجراحية، وبعدها يبدأ بالانخفاض، خلال الأسبوع الأول من انتهاء العمل الجراحي. ولكن في بعض الأحيان، يزداد مستوى القلق لدى المرضى، كما هو الحال لدى مرضى الحروق، الذين احترق 30٪ من أبدانهم.

الطرق التي يتكيف من خلالها المريض مع المشكلات الصحية والعلاج داخل المستشفى، تعتمد على عدة عوامل، منها: عمر الشخص، وجنسه، وصفاته الشخصية، وعلى نوع المرض وخطورته. مثلاً، الراشدين في مرحلة الرشد الأولى (في العشرينات ومنتصف الثلاثينيات من العمر) يواجهون صعوبات كبيرة في التكيف مع أمراضهم وإصاباتهم مقارنة بالراشدين الأكبر سناً، من جهة أخرى فإن الرجال أكثر تعرضاً للضيق والتوتر النفسي من النساء حين يمرضون، لأن المرض يعيق قدراتهم وأعمالهم، ومشاريعهم، ولكن النساء بالمقابل يعانون من صعوبات كبيرة في التكيف مع إصاباتهن، وخاصة العجز، أو بتر عضو معين، حيث يحتجن على فترات زمنية طويلة ليتكيفين مع الوضع الجديد.

4. إجراءات التعامل ومهارات المواجهة لدى المرضى داخل المستشفى:

كيف تتعامل مع الضغط النفسي والقلق الذي تشعر به حين تدخل المستشفى؟ يمكن أن تجيب عن هذا السؤال من خلال الرجوع على ما كتب في الفصل الخامس عن إجراءات التعامل وأساليبه، فقد تسعى لتحقيق هدفين هما: الأول تغيير المشكلة المسببة للضغط والقلق، والثاني، تنظيم وإدارة الحالة الانفعالية التي نتجت عنها. فبعض الاستجابات الانفعالية التي تثير الضغط والقلق داخل المستشفى يمكن أن نغيرها من خلال القيام بتصرف معين مثل طلب الدواء لخفض الألم،، أو قراءة بعض المعلومات عن المشكلة الصحية التي نعانيها. ولأن مثل هذه الإجراءات تساعد في خفض مصادر الضغط النفسي، أو تزيد من قدرات الشخص على التعامل والمواجهة، فإنها تقدم أمثلة عما نسميه: التعامل أو المواجهة التي تركز على المشكلة problem – focused coping.

من جهة ثانية فإن المريض داخل المستشفى قد يخبر حالات القلق والضغط النفسي ويعتقد بأنه غير قادر على تعديلها. ففي بعض الحالات تكون معتقدات الشخص هذه صحيحة ودقيقة، فالمريض الذي يعاني من خلل في النخاع الشوكي بسبب حادث تعرض له، عليه أن يتكيف مع الوضع الجديد لأنه لا يستطيع المشي. ولكن في حالات أخرى قد لاتكون معتقدات الشخص دقيقة وصحيحة، كالمثال السابق، كما هو الحال لدى المريض الذي لا يعتقد بأن هناك علاجاً دوائياً آخر ليس له آثاراً جانية خطيرة أو مزعجة بالنسبة له. فالذين يعتقدون أن بإمكانهم عمل شيء لتغيير الضغط النفسي أو الموقف الضاغط، يحاولون عادة ان يتكيفوا ويواجهوا الانفعالات والمواقف التي يمرون بها من خلال اتباع طريقة تسمى: التعامل أو المواجهة التي تركز على الانفعال emotion–focused coping فيمكن للمريض أن يغير من حالته أو استجابته الانفعالية من خلال نكران الحقائق الانفعالية غير السارة، أو القيام بأنشطة سارة، ومن خلال طلب الدعم والمساندة الاجتماعية. فقد تبين أن هذه المساندة تساعد الناس على الشفاء، وتزيد من قدرتهم على التكيف والتعامل مع ظروف المرض.

4 –1– العمليات المعرفية في التعامل والمواجهة:

إن أول عملية معرفية ينشغل فيها المريض، هي إلقاء اللوم blame والمقصود هنا محاولة معرفة سبب ما حصل له، إنه محاول الإجابة عن السؤال التالي: "ما العيب أو الخلل، والذنب الذي ارتكبته؟"، يتصارع المرضى وهم داخل المستشفى في محاول للإجابة عن هذا السؤال. فبعضهم يلقي اللوم على نفسه، وبعضهم الآخر يلقى اللوم أو السبب على الآخرين، وبعضهم الآخر يفسره نتيجة عوامل غيبية مثل: سوء الحظ، أو انه أمر إلهي. فهل عزو المريض أو تفسيره (تنسيب) attribute اللوم يمكن ان يساعده في نجاح طريقة تعامله ومواجهة الظرف الجديد الذي يمر به؟ ربما، الناس الذين يلقون اللوم على أنفسهم، يملكون شعوراً قوياً بالذنب، مما يجعلهم يواجهون صعوبة في التعامل مع الموقف الجيد والتصدي له مقارنة بالذين يلقون اللوم على الآخرين. من جهة أخرى فإن إلقاء اللوم على شخص ما، قد يزيد من مشاعر الغضب، وخيبة الأمل bitterness التي تعيق عملية التكيف والتعامل مع الموقف (يخلف،2001).

لقد أجريت عدة دراسات بهدف تقصي هذا الموضوع، وتبين انن كلما زاد لوم الشخص لنفسه أو للآخرين، وعزا السبب إليه شخصياً أو لغيره من المحيطين به، كلما زاد تكيفه وتعامله سوءاً مع هذا الظرف المرض الجديد. كما أن التكيف أو التعامل الضعيف وغير الناجح مع المرض يرتبط بدرجة كبيرة بلوم الآخرين أكثر من ارتباطه بلوم الذات. ومع أنه من غير الواضح لماذا يكون التكيف والتعامل أصعب حين يلوم المرضى غيرهم لما حدث لهم، فإن السبب قد يكون أن الناس الآخرين والمحيطين بالمريض يملكون إحساساً بعدم العدل، لأن هذا الشخص لم يعاني من عواقب ونتائج خطيرة. وتعبر عن هذه الحالة العبارات التالية: "إنني مشلول، ولكن السائق تسبب في كسر ساقي"، أو "لا يمكنني المشي الآن، إلا أن الفتى الذي صدمني، حراً طليقاً الآن". إن العمليات المعرفية التي تستعمل اللوم، قد تثير القلق والإزعاج لدى المريض، فهل يمكن فحص تأثير إلقاء اللوم سواء كان منطقياً واقعياً، أم غير منطقي ولاواقعي بشكل مستقل في علاقته بالتكيف والتعامل؟ أجابت نتائج

الدراسات على هذا السؤال بالقول بأن دور اللوم وتأثيره مترابط، كما أن الاختلاف بين نوعي اللوم (المنطقي المبرر وغير المنطق أو اللامبرر)، يحدثان لأسباب وعوامل أخرى. وهكذا فإذا كان المريض يلقى اللوم على نفسه أو على الآخرين، قد يكون لومه صحصحاً ومبرراً وقد لا يكون كذلك، وفي كلتا الحالتين فإن اللوم نفسه وطبيعته تتأثر بعوامل شخصية يعيشها المريض نفسه.

ومن العمليات المعرفية الأخرى التي تؤثر في تكيف المريض ومواجهته للمرض، عملية تقييم التحكم الشخصي أو الذاتي أو ضبط النفس personal control فالمريض يدخل المستشفى وهو يعتقد بأنه فقد قدرته على التحكم الذاتي، سواء بسبب المرض وآثاره، أو لكونه أصبح اتكالياً أو إعتمادياً على الآخرين وخاصة فريق الرعاية الطبية. إن بيئة المستشفى تشجع المريض على الاعتقاد بأنه سيعتمد على الآخرين في تنفيذ خطة العلاج، وأنه سيكون هو عاجزاً helpless أو غير قادر على القيام بشيء. ويعبر الكثير من المرضى عن اعتقادهم بالعجز من خلال عبارات مثل: حين سيتكون مريضاً، ستعتمد على الفريق الطبي في المستشفى، "إن محاول إجراء أي تغيير لن يفيدك أبداً"، "هناك نظام معين، ستخضع له في المستشفى". بعض المرضى يتصرفون بحيث ينطبق عليهم ما يسمى "المريض الجيد"، ولكن بعضهم الأخر يتصرف بحيث يعبر عن كونه "مريضاً سلبياً"، يسيطر عليهم العجز، وعد المقدرة على القيام بشيء، وينطبق على هؤلاء: عدم القدرة على التحكم الشخصي أو الذاتي، والكثير من المرضى يتعلموا أن يكونوا اعتماديين، وبالتالي لا يملكون قدرة على التحكم الذاتي، وكثيراً ما تنتشر لديهم أعراض الاكتئاب داخل المستشفى.

4 – 2 – مساعدة المرضى على التعامل أو المواجهة، والتكيف: كيف يمكن أن نساعد المريض على التكيف والتعامل مع بيئة المستشفى؟ أجريت دراسات متعددة على عينات من المرضى، تبين أن تقديم المعلومات للمريض تساعده كثيراً في التكيف مع الظرف الجديد، كما أن تقديم مقترحات للمريض الذي خضع لعملية جراحية تساعده في التعامل الجيد مع الظرف الجديد.

ومن الطرق الفعالة لمساعدة المرضى على التكيف داخل المستشفى، اعتماد الإرشاد النفسي، وتقديم استشارت نفسية أثناء مكوثهم فيه. ففي إحدى الدراسات، استخدمت هذه الطريقة مع مرضى القلب، كل يوم ولمدة ثلاثة أسابيع، تبين أن المرضى (المجموعة التجريبية) الذين طبق عليهم الإرشاد النفسي لم يحتاجوا إلى عناية كثيرة، وطويلة الأجل كما هو الحال بالنسبة لمرضى المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا هذه الإرشادات، كما انهم اقل شكوى منهم، وقد اظهروا درجات منخفضة من القلق والكآبة ايضاً (Bennett,1991).

ومن الطرق المفيدة والفعالة في مساعدة المريض على التكيف داخل المستشفى، هي وضعه في غرفة، يرقد فيها مريض من نفس المرض، وتتم معالجته التي تسير بانتظام، وحقق تكيفاً جيداً. فحين يرضى مريضنا أن هناك مريضاً آخر بجانبه عانى من نفس المرض، وحقق نتائج إيجابية، وأظهر تحسناً وتكيفاً جيداً مع بيئة المستشفى وشروط المعالجة، فإنه سيرى فيه نموذجاً وقدرة، تعزز لديه القدرة على التكيف والتعامل.

**ثالثاً: إعداد المرضى وتهيئتهم لمواجهة ضغوط العلاج الجراحي:**

إن إعداد المرضى وتهيئتهم من أجل العملية الجراحية، له دور كبير في الشفاء، وتسريع المعالجة، وقد تبين أنه كلما زاد قلق المريض قبل العملية الجراحية، أدى ذلك إلى تأخر التكيف والتعامل، وتأخر التحسن بعد العملية. كما ظهر أن المرضى الأكثر قلقاً قبل العملية الجراحية هم الأكثر معاناة للألم، وأكثر استخداماً للدواء المضاد للألم، وأطول بقاءً في المستشفى، كما أنهم أكثر معاناة لأعراض الاكتئاب، من أقرانهم الأقل قلقاً وخوفاً (Johnson,1986). فما الذي يمكن أن يفعله أو يقدمه علماء النفس من أجل خفض معاناة المرض للقلق والخوف قبل العملية الجراحية وبالتزامن مع المعالجة؟

1. إعداد المريض نفسياً من أجل العمل الجراحي:

مع أن هناك العديد من التقنيات والطرق التي مكن من خلالها تعليم المرض أن يتكيفوا العمل الجراحي والتعامل معه، إلا أن ابرز هذه الطرق هي تلك التي تهدف إلى تحسين قدرة المريض على التحكم الذاتي ورفع مستوى قدرته على ضبط الموقف والسيطرة عليه. وتسعى هذه الطرق والتقنيات إلى إكساب المريض واحدة أو أكثر من أشكال التحكم الذاتي التالية:

- التحكم السلوكي behavioral control: وهي إكساب المريض القدرة على خفض التوتر والضيق الذي يعانيه، وبالتالي تفعيل الشفاء وتحسينه بعد العملية الجراحية أو بعد المعالجة، وذلك عن طريق اكتسابه مهارات عملية مثل: التنفس بعمق، وتمرينات السعال أو القحة.
- التحكم المعرفي cognitive control: وهي إكساب المريض المعرفة بطريقة التركيز على الفوائد التي سيجنيها من العلاج، بدلاً من التركيز على المشاعر السلبية كالألم، والضيق.
- التحكم بالمعلومات informationalcontrol: وهي إكساب المريض المعلومات المتعلقة بالأحداث، والاحساسات المتوقعة أثناء المعالجة الطبية وبعدها.

يمكن للمرضى أن يكتسبوا معرفة بأشكال التحكم الثلاث هذه، بطرق متعددة، منها مناقشة الطبيب أو الحوار مع الفريق الطبي، والقراءة عن الحالة التي يعانيها ومعالجتها، أو مشاهدة برامج تلفزيونية عنها.

ومن الأمثلة عن الطريقة التي اتبعت التحكم المعرفي، تلك الدراسة التجريبية التي طبقت على مرضى داخل المستشفى، وسيتم اختيار طرق العمل الجراحي التي يمكن أن تطبق على حالتهم، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعات، مع التركيز على دراسة متغيرات: عمر المريض، وجنسه، وخطورة العملية الجراحية. فمرضى المجموعة الأولى، تلقوا تدريباً على طريقة التحكم المعرفي (المجموعة

التجريبية)، بحيث تجنبوا التركيز على الجوانب والمشاعر السلبية، والتركيز بدلاً منها على الفوائد والنتائج الإيجابية التي ستتحقق من وراء المعالجة، والمجموعة الثانية قضت فترة من الوقت مع الأخصائيين النفسيين الذين انشغلوا في نقاش عادي عن المستشفى (مجموعة ضابطة). وقد أظهرت النتائج أن أفراد المجموعة الأولى الذين تدربوا على التحكم المعرفي حققوا نتائج إيجابية وفعالة: فقد اظهروا قدرة باهرة على خفض الضغط النفسي والتوتر، واقل حاجة لرعاية والمتابعة بعد العملية الجراحية والعلاجية، وأسرع تحسناً مقارنة بأفراد المجموعة الأخرى.

وقد أجريت دراسات متعددة بهدف التعرف على فعالية كل من طريقتي التحكم السلوكي، والتحكم بالمعلومات في خفض معاناة المرضى قبل واثناء العملية الجراحية وبعدها. ففي إحدى هذه الدراسات، تم تقسيم عينة من مرضى القلب (الشريان التاجي للقلب) إلى ثلاثة مجموعات: الأولى، تلقى أفرادها مناقشة مكثفة وحوار مع الباحثين، وإعداداً طبيعياً للمعالجة الجراحية شارك فيها المرضون/المرضات، أما المجموعة الثانية، فقد تلقوا إعداداً نفسيا وجسمياً نموذجياً إضافة إلى تزويدهم بالمعلومات اللازمة المتعلقة بحالتهم المرضية وعلاجها (التحكم بالمعلومات)، حيث قدمت لهم هذه المعلومات بطريقتين: الأولى عن طريق مشاهدة شريط فيديو يعرض برامج طبية متخصصة لحالات مماثلة، والثانية عن طريق سماع قصة حالات مماثلة بدلاً من مشاهدتها. أما أفراد المجموعة الثالثة، فقد تم تدريبهم عل طريقتي التحكم السلوكي، والتحكم بالمعلومات معاً، فقد تلقوا نفس المعلومات التي تلقاها أفراد المجموعة الثانية (من خلال البرامج التي تلقوها وزادت من معرفتهم)، إضافة على تدريبهم على كيفية التصرف مع المواقف المختلفة (تحكم سلوكي)، مثل: تقنيات ومهارات التنفس، والاسترخاء، وطريقة السعال، والاستلقاء في الفراش، وطريقة النهوض، التي يحتاجونها بعد العملية الجراحية بشكل خاص.

وقد استخدمت عدة أدوات من أجل تقييم آثار هذه التدريبات ونتائجها في إعدام المرضى نفسياً للعمليات الجراحية، من هذه الأدوات: استبيان القلق (مقياس القلق كحالة، وكسمة) بهدف قياس القلق والضيق الذي يعانيه المريض قبل وبعد العملية الجراحية، كما استخدمت أدوات التقارير الطبية عن كل حالة، من حيث طول فترة البقاء في المستشفى، وشدة الألم الذي يعانيه، إضافة على مقاييس عضوية مثل: قياس ضغط الدم، وضربات القلب، ومعدل التنفس. وقد أظهرت النتائج أن الأعداد النفسي للمرضى ساهم في خفض معدل القلق لديهم، كما خفض معدل الخوف من العملية الجراحية،كما تبين أن معدل ضغط الدم كان مرتفعاً لدى 75٪ من افراد المجموعة الأولى (الإعداد الطبيعي للعملية الجراحية)، ولدى 45٪ من أفراد المجموعة الثانية (الإعداد الطبيعي مع التحكم بالمعلومات)، ولدى 40٪ من افراد المجموعة الثالثة (التي تلقت معلومات وتحكم سلوكي). تدل هذه النتائج على أن طريقة التحكم السلوكي والتحكم بالمعلومات وهي مجتمعة، كانت أكثر فعالية في خفض الأعراض العضوية والنفسية لدى المرضى، تليها طريقة التحكم بالمعلومات، ثم طريقة الإعداد الطبيعي الذي يتلقاه المرضى من الفري الطبي بشكل روتيني (Bennett,1991).

إن إعداد المريض نفسياً ومعرفياً، يساعد على اكتسابه مهارات التحكم الذاتي، وذلك قبل العملية الجراحية وبعدها. ومن الأمور التي يجب التنبه غليها بالنسبة لطريقة التحكم بالمعلومات (تزويد المريض بالمعلومات الضرورية) عن المعالجة الطبية، هي أن تقديم معلومات خاطئة أو غير واضحة، ربما تقود إلى سوء فهم، ومزيد من القلق والخوف، مما يؤدي على نتائج سلبية. لذلك يجب أن نقدم للمريض معلومات واضحة وتفصيلية، ونتأكد من أنه قد فهمهما، وذلك من خلال مناقشتها معه، وسؤاله حولها. وتجدر الإشارة أيضاً، على أن العملية الجراحية هي واحدة من بين العديد من طرق العلاج، التي تثير كثيراً من القلق والضغط النفسي داخل المستشفى، وان المرضى عادة يخافون منها.

2. إعداد المريض نفسياً من اجل علاجات أخرى غير جراحية:

كيف ستشعر حين تستيقظ وترى الطبيب أو الممرضة أمامك وهو يدخل أنبوباً للقيام بعملية قسطرة قلبية. يعاني الكثير من مرضى القلب من خلل في الأوعية الدموية (مرض القبل الوعائي)، وكثيراً ما يستخدم الأطباء أشعة إكس لكشف الخلل الذي يعانيه هؤلاء المرضى في مرور القلب في الأوعية الدموية. ويلجأ هؤلاء الأطباء إلى العديد من لمعالجة هذا المرض، منها: جراحة القلب (جراحة القلب المفتوح open– heart surgery)، ويتم إعطاء مهدئات أو مسكنات للمرضى الذي سيخضعون لهذه العمليات الجراحية، وبالرغم من أن هذه الطريقة ليست مؤلمة، إلا أنها ليست سارة، ولايمكن أن تمر بدون مشاعر ضيق وخوف، وضغط نفسي. والسؤال هو كيف يمكن للفريق الطبي أن يستفيد من المساعدة النفسية في إعداد مرضى القلب وتهيئتهم نفسياً قبل خضوعهم للقسطرة القلبية؟ إن الإجراءات التي تتبع ستركز على خفض مشاعر القلق، والخوف، والضغط الذي يعانيه المرضى قبل البدء بالعملية. وقد أجريت بعض الدراسات التي هدفت على خفض معدل القلق، والضغط النفسي لدى مرضى القلب، وذلك قبل البدء بالعملية، وقد تم تدريب أفراد المجموعة التجريبية على طريقتي: التحكم المعرفي، والتحكم بالمعلومات، أما أفراد المجموعة الضابطة فلم يتدربوا عليها. وقد تبين أن طريقتي التحكم المعرفي، والتحكم بالمعلومات كانتا فعاليتين في خفض معدل القلق والضغط لدى المرضى، أصحاب المجموعة التجريبية، مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة الذين بقي القلق لديهم مرتفعاً (Kneut,1982).

وقد اجريت دراسات أخرى بهدف الكشف عن فعالية الإعداد النفسي للمرضى الذين سيخضعون لطرق علاجية متنوعة، تبين أن الطرق السلوكية: التحكم المعرفي، والمعلومات والسلوكي، كانت فعالة في خفض القلق لديهم، وفي سرعة التحسن والشفاء بعد المعالجة. باختصار، نقول، عن الإعداد النفسي يمكنه أن يحسن من قدرة المريض على التحكم، وبالتالي يزيد من مهارة التعامل، والتكيف لديه داخل المستشفى. وتجدر الإشارة إلى انه حين لا يتاح للمريض أن يستفيد بدرجة كبيرة من تقنيات التحكم هذه، يبقى لها تأثيرها في خفض القلق والضغط النفسي لدى المرضى، وتحسين تكيفهم ولو بحدود دنيا.

3. مهارات وأنماط التعامل لدى المرضى وإعدادهم النفسي داخل المستشفى:

يستعمل الناس عدداً من مهارات وأنماط التعامل أو أساليب مواجهة الضغوط النفسية (انظر الفصل الخامس) coping styles، وحين نتحدث عن الضغوط التي تحدث في المجال الطبي داخل المستشفى، وحين الخضوع للعلاج، فإن الأفراد يميلون إلى التعامل مع هذه الظروف والضغوط من خلال استعمال إستراتيجية التجنب أو الانسحاب avoidance strategy بهدف خفض تأثير الموقف الضاغط الذي يمرون به، أو يعتمدون النكران deny كآلية دفاع نفسية يرفضون من خلالها وجود التهديد، أو يرفضون طلب المساعدة، وقد لا يميلون إلى طلب المعلومات عن الموقف الذي يهددهم، كان يقول البعض "لا أريد أن اعرف"، وقد يلجأ على آلية الكظم suppression أو كف بعض الأفكار والمشاعر غير السارة المرتبطة بالموقف الذي يهدد كالعمل الجراحي، أو ظروف الإقامة بالمستشفى. فإذا كانت هذه الأساليب في التعامل تمثل جميعها أنماط هروب وانسحاب، فإن البعض على العكس من ذلك قد يعتمدون طرق وأساليب مواجهة فعالة مثل الانتباه أو التيقظ vigilance حيث يسعى الفرد إلى الانتباه والاهتمام بالموقف، فيسعى لطلب المعلومات التفصيلية عنه، وقد أثبتت نتائج الدراسات أن الذين يستعملون التجنب والانسحاب يظهرون درجات اقل من التكيف النفسي في المستشفى، ويظهرون أعراضاً عضوية أكبر مثل ارتفاع الضغط، كما يظهرون عدم تكيف انفعالي عند طبيب الأسنان، وذلك بالمقارنة مع الذين يستعملون طريق المواجهة الفعالة كطلب المعلومات، والمساعدة.

كيف يستجيب الناس الذين يعتمدون أساليب التجنب والهروب في الاستعداد النفسي وتعزيز قدرتهم على التحكم الذاتي؟ لقد أجريت عدة دراسات بهدف الإجابة عن هذا السؤال، وذلك عن طريق تقييم فعالية كل من أساليب التجنب والانسحاب (كالكظم وعدم طلب المعلومات)، والفعالة (كطلب المعلومات والتنبه و الاهتمام)، وذلك على عينات من المرضى رجالاً ونساء داخل المستشفى، فقد تم تقييم درجة التوتر والضغط النفسي في ثلاثة مراحل: قبل تلقيهم المعلومات

عن حالتهم وطرق علاجها، وبعد تلقيهم هذه المعلومات ولكن قبل الفحوصات الطبية، وبعد الفحوصات والتحاليل. وقد تبين أن الذين حصلوا على معلومات في المرحلتين الثانية والثالثة، كانوا أكثر تكيفاً وقدرة على التعامل مع الجلسات الطبية في المستشفى (Miller,2000).

وفي دراسة أخرى، تبين أن إعداد المرضى نفسياً للمعالجة الطبية والجراحية كانت أكثر فعالية حين تطابقت مع حاجة المريض لهذا الإعداد. مما يدل على أن رغبة المريض واستعداده وحاجته للإعداد النفسي يكون أكثر فعالية من تهيئته وإعداده بدون رغبته في ذلك. كما أن المعلومات التي يتلقاها تؤثر في مستوى الضغط الذي يعانيه. فالذي يتلقى معلومات عن طبيعة مرضه والعلاجات التي سيخضع لها يجعله يعتمد أساليب التكيف الفعالة مثل الاهتمام والتيقظ، وبالتالي ينخفض الضغط النفسي عنده، وذلك على العكس من الذي يتبع التجنب وعدم طلب المعلومات، فيزداد لديه هذا الضغط، ويصبح اقل تكيفاً داخل المستشفى. ويمكننا القول بأن الفوائد أو المكاسب التي نجنيها من إعداد المرضى نفسياً للعمليات الجراحية أو لأي نوع من العلاج داخل المستشفى، إنما يعتمد على أساليب المريض في التعامل ومهاراته في المواجهة، كما أن اتباع طرق متعددة في التعامل أفضل من اتباع طريقة واحدة، وتساعد طريقة تقديم المعلومات في خفض مستوى الضغط النفسي، ورفع مستوى قدرة المريض على التحكم الذاتي، مما يزيد من مستوى تكيفه الانفعالي.

### رابعاً: حين يكون المريض داخل المستشفى طفلاً:

يقدر عدد الأطفال دون سن الخامسة عشرة، الذين يدخلون المستشفى في الولايات المتحدة الأمريكية بـ (2.5) مليون طفل كل سنة، والغالبية العظمى منهم دون سن الخامسة. وتتشابه هذه النسبة مع غيرها من البلدان الأخرى. إننا نلاحظ الراشدين الذين يعانون من الضغط النفسي والألم، حين يفكرون بالمستشفى، ويعتبرونه موقفاً مهدداً لهم، ومكاناً يثير القلق والاكتئاب. والأمر نفسه يحدث بالنسبة للأطفال، ولكن مستوى نموهم النفسي/الانفعالي يجعل من دخولهم

المستشفى موقفاً أصعب وأكثر ضغطا لهم. فقد يشعر الأطفال الأكبر سناً، بأنهم غير محبوبون أو تم تجاهلهم حين يبقون في المستشفى بدون أسرهم جانبهم.وقد يعتبر بعضهم أن بقائهم في المستشفى بمثابة عقوبة لهم لتصرفاتهم أو سلوكياتهم السيئة. فما هي التكيفات وطرق التعامل التي يتبعها الأطفال داخل المستشفى؟، وكيف يواجهون المواقف الطبية؟ إن الإجابة عن هذين السؤالين يعتمد على سن الطفل: سواء في الطفولة المبكرة، أم سن المدرسة.

1. تكيف أطفال المرحلة المبكرة مع المستشفى وأساليب تعاملهم فيه:

يعتبر دخول المستشفى موقفاً ضاغطاً ومثيراً للقلق بالنسبة للأطفال في جميع الأعمار. ولكن هذا الضغط والقلق يختلف من سن إلى آخر في الطفولة. فالأطفال في السنتين الأوليتين من العمر، وفي السنوات الثلاث قبل المدرسة، يتصفون بالطاقة والحركة، وحين يدخلون المستشفى فإن هذا الموقف يشل قدرتهم على الحركة والانطلاق واللعب، مما يمثل مصدر ضغط شديد لهم. فقد يصرخون، وقد يعارضون إجراءات الرعاية التي تقدم لهم من الفريق الطبي. ولكن أكبر مصدر للضغط النفسي والقلق لديهم داخل المستشفى هو انفصالهم عن والديهم، أو بعدهم عنهم.

قلق الانفصال: يعتبر انفصال الطفل عن والديه مصدر قلق وضيق نفسي شديدين، ويكون الضيق والضغط والتوتر، الذي يعيشه الطفل داخل المستشفى، بمثابة رد فعل طبيعي على انفصاله عن والديه، فقد يصرخ، ويبكي كثيراً حين يبتعد عنهم أثناء بقائه في المستشفى. ففي نهاية السنة الأولى من العمر، يظهر غالبية الأطفال سلوك البكاء والصراخ الحاد كرد فعل على ابتعادهم عن والديهم، ولو كان هذا الابتعاد أو الانفصال قصيراً جداً لدقائق أو ساعات.ويصدق هذا على أطفال مختلف المجتمعات والثقافات في العالم. ويعد السنة الأولى من العمر، يقل مستوى الشعور بالقلق والضيق الذي يعيشه الطفل. ولكن البقاء أو التنويم بالمستشفى قد يكون لفترة طويلة وبالتالي تطول فترة الانفصال عن الوالدين، فقد تستغرق أياماً أو أسابيع، أو أكثر. والسؤال الآن هو: كيف يتعامل هؤلاء الأطفال ويواجهون موقف الانفصال عن والديهم وهم داخل المستشفى؟

إن الانفصال الطويل عن الوالدين والأهل يحدث حالة دراماتيكية، وردود أفعال متنوعة. فنلاحظ ضعف التواصل، وانحدار مستوى التفاعل لديهم، كما يسلكون سلوكاً يميز الطفولة المبكرة جداً وخاصة مرحلة الرضاعة، مثل مص الإبهام، وغيرها من السلوكيات التي تعبر عن النكوص regression لمرحلة سابقة، كأن يتبول لاإرادياً، ويصبح اقل اجتماعية وتودداً. وقد درس بعض الباحثين العواقب السلوكية والنفسية التي تنتج عن دخول الأطفال إلى المستشفى خلال الأسابيع الأولى من رقودهم فيه وانفصالهم عن والديهم، وتبين أن هناك عدة مراحل يمر بها سلوك الطفل: الأولى هي مرحلة الاحتجاج protest هو أول حالة أو رد فعل يظهر لدى الطفل في الأسابيع الأولى من دخوله المستشفى، والذي يظهر من خلال سلوكيات مثل: البكاء الحاد، الاتصال بالأهل، وطلبهم، البحث عن أحد والديه بشكل متواصل وخاصة الأم. وبعد هذه المرحلة، تحدث المرحلة الثانية اليأس والقنوط despair والتي تظهر في مرحلة تالية، حيث يظهر لدى الطفل الخمول، وبطء الحركة، والانسحاب، واليأس hopelessness. أما المرحلة الثالثة، فتسمى التجرد أو التبلد العاطفي detachment، فإذا كان الانفصال عن الوالدين أطول من ذلك، أو مستمراً (كموت أحد الوالدين أو سفرهما)، فسيدخل الطفل مرحلة التبلد العاطفي، والتي تصدر عنه سلوكيات شاذة، أما إذا عاد الوالدين إليه بعد انفصال طويل، فيسلك الطفل سلوك الرفض reject أي رفض الوالدين وعدم تقبلهما، ولا يطلب التواصل معهما، بحيث يتجنب أي تفاعل معهما.

بعد الخروج من المستشفى يظهر الأطفال صعوبات متنوعة داخل المنزل نتيجة لبقائهم الطويل فيه. ومن أبرز الصعوبات التي تظهر لديهم داخل المنزل: القلق، وسلوكيات النكوص لمرحلة سابقة كالتبول الليلي، والكوابيس والأحلام المزعجة.

وحين يقترب عمر الطفل من السادسة (سن دخول المدرسة)، فإن تفكيره لا يكون منطقياً، ولديهم تفكير وتصور خاطئ أو غير دقيق عن المشكلات الصحية، وما يحدث في المستشفى. فقد يعتقد الطفل بأن الأمراض التي يعانيها، ودخوله إلى

المستشفى بهدف العلاج، غنما هو عقوبة له لأنه طفل سيئ، أو لأنه تصرف بشكل خاطئ وغير مقبول. ومثل هذه الأفكار والمعتقدات لدى الطفل، تكون ناتجة عن سببين:

1) يعتقد الأطفال بأن مخالفتهم للقوانين والقواعد الاجتماعية هو سبب هذه العقوبة.

2) يطلق الأهل عبارات تعبر عن عدم طاعة الطفل، أو عن عنادهم ويربطون هذه العبارات بالمرض والأذية التي يتعرض لها هذا الطفل، مثل: "سوف تؤذي نفسك وتكسر ذراعك إذا تسلقت الشجرة"، "سوف تعاني من مغص واضطراب في معدتك إذا أكثرت من تناول الحلوى". ويعض الأهل يعاقبون أطفالهم حين ينكرون الذهاب للطبيب أو إلى مركز الرعاية الصحية بهدف العلاج، وقد يشاهدون نماذج تعبر عن عدم الطاعة، بالصراخ، وغيره، ما يدفع بالطفل إلى تعلم مثل هذا السلوك. وبالتالي ستظهر لديهم سلوكيات عدم التكيف حين دخولهم إلى المستشفى.

2. تكيف أطفال المدرسة مع المستشفى وأساليب تعاملهم فيه:

إن النمو العقلي والانفعالي الذي يمر به الأطفال عند دخولهم المدرسة وخلالها، يجعلهم يكتسبون أساليب تعامل أفضل مع المستشفى، مقارنة بأطفال ما قبل المدرسة. وبالرغم من أن انفصال أطفال المدرسة عن والديهم لفترة طويلة، يؤدي إلى مشكلات وسلوكيات متشابهة لتلك التي رأيناها لدى أطفال ما قبل المدرسة، إلا أن ما يمز أساليب تعامل أطفال المدرسة هو التحمل، والصبر، وتقبل الابتعاد عنهم بدرجة اسهل وأكثر سلاسة، ومن المعروف أن النمو المعرفي لأطفال المدرسة الابتدائية ينمو بسرعة، ومع ذلك تظل بعض التصورات، والأفكار الخاطئة وغير الواقعية تسيطر عليهم، كالفكرة التي تقول بأن "المرض" هو عقوبة له، حيث تستمر حتى مرحلة متأخر من الطفولة.

وهناك أربع مظاهر للصعوبات التي يعانيها أطفال المدرسة حين يدخلون المستشفى:

1) أول هذه المظاهر، يتعلق بمشاعرهم وقدرتهم على التحكم الذاتي، فمع تقدم الطفل بالعمر، ونمو قدراته المعرفية والاجتماعية، ينمو إحساسه بقدرته على التحكم، وأن استقلاليته وقدرته المحدودة على التأثير والتي يشعر بها حين دخوله المستشفى ربما تثير التوتر، والضغط لديه.

2) إن نمو قدراته المعرفية تتيح له أن يفكر ويقلق حول آثار المرض وعواقبه، من حيث آثاره الجسمية وحتى بالموت الذي قد ينتج عنه.

3) إن ابتعاد الطفل عن أقرانه وأصدقائه في المدرسة أو الحي، يجعله يشعر بالوحدة والعزلة، والملل، والخوف من افتقادهم، مما يفقده مركزه الاجتماعي بينهم.

4) مع تقدم الأطفال بالسن، وخاصة عند اقترابهم من البلوغ، يصبحون أكثر ارتباكاً، وقلقاً، حول مظهرهم الجسمي، وشكلهم الخارجي، لذلك يزداد القلق لديهم حين يعرضون أجسامهم للغرباء (كالأطباء والممرضات)، وحين يريدون أن يقضوا حاجاتهم الشخصية وهم داخل المستشفى، مما يزيد من شعورهم بالخجل. (Kneut,1982).

3. مساعدة الأطفال على التعامل مع ظروف المستشفى وتكيفهم معه:

كيف يمكننا أن نساعد الأطفال الذي دخلوا المستشفى على أن يتكيفوا معه، وأن يكتسبوا مهارات التعامل مع شروطه وظروفه المختلفة؟

أجريت عدة دراسات في نهاية الخمسينيات من القرن الماضي، وبينت أن أكثر الأطفال الذين يدخلون المستشفيات، لم يتم إعدادهم جيداً لهذه الخبرة، ويمكن القول بأن 3 من كل 4 أطفال لم يقولوا لهم الأهل شيئاً عن الدخول إلى

المستشفى أو الأمراض التي يعانوها، ولم يبينوا لهم سبب دخولهم غليها، وأن نسبة كبيرة منهم حصلوا على معلومات غامضة عن سبب دخولهم المستشفى. هذا الوضع قد تغير الآن، والأطفال الذين يدخلون المستشفيات يتم إعدادهم نفسياً للمكوث بالمستشفى. وبشكل نموذجي نقول، إن الإعداد النفسي لدخول الطفل إلى المستشفى، يجب أن يبدأ قبل ذلك قدر الإمكان. وقد أجريت دراسات حول ذلك وبينت أن الأطفال يظهرون تكيفاً أفضل مع المستشفى حين يتم إخبارهم بذلك، وتقدم لهم معلومات دقيقة عن حالاتهم وطرق المعالجة التي سيخضعون لها، وأنهم يستطيعون تجاوز الكثير من الخوف والقلق حين يخبرهم أهلهم بذلك.من جهة أخرى يمكن للأهل أن يعلموا الطفل أساليب التعامل مع المستشفى وطرق مواجهة الضغوط فيه. فيمكن للأهل أن يساعدوا أطفالهم بالطرق التالية:

- أن يشرحوا لهم أسباب دخولهم المستشفى وبقائهم فيه، وكيف سيكون الوضع.
- إعطاء الأطفال فرصة لطرح الأسئلة التي يريدونها، والإجابة عنها بدقة، والتأكد من فهمهم لهذه الإجابات، والمعلومات.
- يمكن أن يقرؤوا مع الطفل كتاباً يصف خبرة أطفال في المستشفى، وكيف أمضوا أوقاتهم داخله.
- عليهم أن يأخذوا الطفل على المستشفى ويشرحوا لهم نظام المستشفى، وقوانيه وخاصة من حيث تناول الطعام، والنظافة، والدخول إلى الحمام، وكيفية الاستيقاظ صباحاً، ودخول الفريق الطبي على المرضى...الخ.
- يجب أن يشرحوا للطفل متى سيكون الأهل معه، وفي أي الأوقات والظروف.
- مساعدة الطفل على الاحتفاظ بالهدوء وضبط النفس، والثقة فيها، وأنه لامبرر للخوف من البقاء في المستشفى.

إن الأهل الذي يظهرون القلق والخوف على أطفالهم حين يدخلوا المستشفى، وخاصة إذا كانت هذه المرة الأولى، أو الخبرة الأولى لهم جميعاً، فإن هذا الخوف والقلق، الذي يسيطر عليهم سينتقل مباشرة إلى الطفل. وقد تبين أن الأطفال الذي دخلوا المستشفى ويعانون من قلق مرتفع وخوف شديد، إنما هو

مكتسب من الأهل الذي كان يسيطر عليهم هذا المستوى من القلق والخوف على الطفل. فهناك ارتباط موجب بين قلق الأهل وقلق الطفل من الدخول إلى المستشفى (Melamed & Bush,1985).

وحين يدخل الطفل إلى المستشفى، فإن أحد الوالدين أو كلاهما، يجب أن يمكث بجانبه، ويبقى معه على الأقل حتى يتكيف مع وضع الغرفة، والظروف الجديدة. وبعض الأهل يمكثون مع أطفالهم فترة أطول، خاصة حين يعاني الطفل من مرض خطير، أو إعاقة تطلب رعاية مستمرة. وتقدم الكثير من مستشفيات الأطفال اليوم، خدمات تساعد في إعداد الطفل وتهيئته نفسياً للمستشفى.

فما هي خدمات التهيئة والإعداد النفسي التي يمكن تقديمها للطفل حين دخوله المستشفى؟ هناك أربع إجراءات تتبع في تهيئة الأطفال ومساعدتهم على التكيف نفسياً مع المستشفى، تضمن معظمها تقديم معلومات للأهل والأطفال، وهي:

1) تقديم منشورات تضمن معلومات تفصيلية وواضحة لكل من الأهل والطفل، حول: نظام المستشفى، وأقسامه، وبرنامجه، والطرق العلاجية، والفريق الطبي، والتمريض، والتي يخبرها هذا الطفل داخله.
2) يتناقش العاملون في المستشفى مع الأهل والطفل خاصة، حول نظام هذا المستشفى، وإجراءات الرعاية فيه، ويكتسبوا معلومات مهمة عن طريق السؤال والجواب. وقد تجري هذه المناقشة في المنزل وقبل دخول الطفل المستشفى.
3) استعمال الدمى والألعاب التي تعرض حالات طبية (مثل دمية تمثل طبيباً وهو يعالج عروسه مستلقية على السرير). وقد تكون هذه الطريقة مناسبة لأطفال ما قبل المدرسة، وأطفال المدرسة.
4) تعتمد هذه الطريقة على استعمال الفيديو والأفلام، التي تعرض حالات طبية وعلاجية. ففي دراسة على عينة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4012 سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: الأولى التجريبية التي عرض عليها فيلماً يوضح إجراء عملية جراحية، والثانية المجموعة الضابطة التي لم ترى الفيلم،

وكان أفراد المجموعتين متجانسين من حيث العمر والجنس، والسلاسة، ونـع العملية الجراحية التي سيخضعون لها. وقد تبين أن أطفال المجموعة التجريبية التي شاهدت الفيلم قد تكيفوا نفسياً منذ بداية دخولهم المستشفى حتى خروجهم منه، فقد كانوا أقل خوفاً وقلقاً، كما كانت الأعراض العضوية لديهم أقل مثل ارتفاع الضغط، واضطراب التنفس، وحرارة الجسم، كما أنهم أكثر تكيفاً مع حالة انفصالهم عن والديهم وذلك كله بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة التي لم تشاهد الفيلم (Sarafino,2001 ).

ومع أن أكثر الأطفال يستفيدون من المعلومات التي تقدم لهم عن المستشفى وإجراءاته، وطرق العلاجية بأية طريقة من الطرق السابقة (منشورات، مناقشة، فيلم،) فإن نسبة منهم تظل تعاني القلق والخوف من المستشفى. وقد تبين أن استفادة الأطفال من هذه المعلومات لتحقيق تكيفهم الانفعالي داخل المستشفى إنما يعتمد على عمر الطفل، وخبرته السابقة كأن يكون قد دخل المستشفى سابقاً أم لا، وأنماط التعامل لديه .فالأطفال دون سن السابعة، مثلاً، أكثر استفادة من المعلومات إذا قدمت لهم قبل عند دخولهم إلى المستشفى بفترة وجيزة جداً، أما الأطفال فوق السابعة فإن المعلومات لا تفيدهم في تحقيق التكيف إلا إذا قدمت قبل عدة أيام من دخولهم المستشفى. من جهة ثانية فإن الأطفال الصغار، أكثر تعرضاً للقلق من الأطفال الكبار إذا سبق وخبروا دخول المستشفى والعمليات العلاجية أو الجراحية. كما تبين أن بعض الأطفال الذين يستعملون استراتيجيات التجنب والهروب (كالنكران، والنكوص) للتعامل مع ضغوط المستشفى أقل استفادة من المعلومات المقدمة لهم، مقارنة بالأطفال الذين يستعملون استراتيجيات المواجهة الفعالة (كالانتباه، والتيقظ، والاهتمام).

يحاولن الباحثون في الخدمة الاجتماعية والنفسية أن يجعلوا خبرة الطفل داخل المستشفى سارة ومفرحة قدر الإمكان. مثلاً، يتدرب المرضون والمرضات في طب الأطفال على التعرف على احتياجات الأطفال وكيفية تلبيتها، وكيفية مواجهة الظروف الطارئة داخل المستشفى. فحين يجب إجراء فحوص طبية،

وتحاليل للطفل، على الممرضة أن تجعل الطفل يشاهد حالة طفل آخر يستجيب بطريقة جيدة لهذه الفحوص التي تجرى عليه، ويراها بوضوح، وهي تقول له "انظر حين سنجري علك هذا الفحص، سنأخذ قليلاً من الدم، إنه لن يؤذيك، إنه مجرد إجراء عادي، وانظر كيف سنقوم بهذا الإجراء مع هذا الطفل". ومع أن الأطفال الصغار يتعرضون لضغط نفسي وخوف، حين يسحب منهم الدم، يفضل أن يكون الوالدين أو أحد أفراد الأسرة بجانبهم. وبالرغم من أن الطرق التي شرحناها سابقاً تساعد الأطفال على التكيف الانفعالي مع ضغوط المسشتفى، إلا أنها قد لاتحقق النتائج المرجوة منها بالكامل. ويمكن أن المساعدة في تلافي جوانب النقص هذه، عن طريق جعل مكان رقود الطفل في المستشفى بمثابة غرفة العاب وأنشطة، جذابة له قدر الإمكان بعد التعرف على رغباته واحتياجاته، وميوله. كما أن اكثر الأطفال الذين يحققون نتائج صحية وإيجابية من دخولهم المستشفى، سيكتسبون خبرة جيدة، ستساعدهم في المرات التالية، وذلك مقارنة بالأطفال الذين لم يحققوا النتائج الصحية المطلوبة. من هنا يمكننا القول، بأن الطفل الذي استعاد صحته، جيداً، وشعر بالارتياح بعد الانتهاء من العلاج والرعاية الطبية داخل المستشفى، ستتشكل لديه خبرة إيجابية، تعمل كتعزيز له في المرات التالية حين دخولهم المستشفى،، عكس الطفل الذي لم يستطيع صحته جيداً، أو الذي بقى فترة طويلة، يعاني من ضغوط الألم والمستشفى(La Greca & Stone,1985).

**خامساً: دور علماء النفس في مساعدة المرضى داخل المستشفى:**

كيف يمكن لعلماء نفس الصحة أن يساعدوا المرضى داخل المستشفى؟

يعاني بعض المرضى في المستشفى، من أمراض ترجع إلى عوامل نفسية واجتماعية مثل نمط الشخصية (أ)، وسوء استعمال الكحول أو الإدمان، كما أن بعضهم الآخر يعاني من مشكلات نفسية بسبب حالته المرضية، وبسبب دخوله المستشفى وتنويمه فيه، وبعضهم الآخر يعاني مشكلات نفسية ناتجة عن طريقة العلاج وإجراءاتها. ففي الحالات من النوع الأول (الأمراض الناتجة عن عوامل نفسية واجتماعية كنمط الشخصية، والإدمان) يمكن لمتخصصي علم نفس الصحة أن يقدموا

خدمات كبيرة ومتنوعة في مساعدة هؤلاء المرضى على الشفاء وتحسين صحتهم، ومن ثم في الوقاية من الأمراض لاحقاً، أي من عدم الانتكاس. أما في الحالات الثانية (كالمرضى الذين يعانون من مشكلات نفسية داخل المستشفى بسبب دخولهم إليه، أو بسبب طريقة المعالجة والضغوط التي تنتج عنها) فيمكن لمتخصصي علم نفس الصحة أن يساعدوا هؤلاء المرضى في اكتساب طرق التعامل وأساليب مواجهة الضغوط والمشكلات التي وجدت لديهم بسبب ظروف المستشفى، وطريقة المعالجة وما نتج عنهما. ومن أبرز الأمثلة التي توضح هذا الدور لعلماء نفس الصحة، مساعدتهم في معالجة الاكتئاب لدى مرضى القلب الوعائي، فقد تبين أن مرضى القلب الوعائي الذي يعانون من الاكتئاب الحاد اكثر استعداداً للإصابة بالمشكلات القلبية لاحقاً، مقارنة بمرضى القلب الوعائي الذين لا يعانون من الاكتئاب.

إن عدد المتخصصين في علم نفس الصحة والعاملين في المستشفيات داخل الولايات المتحدة الأمريكية، وأدوارهم في معالجة الكثير من المشكلات النفسية للمرضى، يزداد يوماً بعد يوم بشكل كبير، وخاصة منذ سبعينيات القرن الماضي. ومن الأدوار التي يقوم بها اختصاصي علم نفس الصحة: (Melamed & Bush,1985):

- إرشاد المرضى الذين يعانون من أمراض القلب، والأمراض العصبية، وطب الأطفال، لتزويدهم بالخدمات التشخيصية والإرشادية.
- تقييم حاجات المرضى وقياس سماتهم الشخصية، بهدف مساعدتهم على الاستعداد النفسي والانفعالي لدخول المستشفى، وتدريبهم على طرق التعامل وأساليب مواجهة الضغوط والظروف التي يمرون بها داخل المستشفى.
- مساعدة المرضى على التكيف مع العلاج الجراحي، بحيث يتم تهيئة المريض انفعالياً للعملية الجراحية .
- مساعدة المريض للتكيف مع ظروف المستشفى، ونظامه، وقوانيه، وبيئته.

- تقديم برامج سلوكية من أجل تحسين مهارات العناية الذاتية لدى الأطفال، وإكسابهم نمط وأساليب الحياة الجيدة الصحية، للقيام بها بعد خروجهم من المستشفى.
- مساعدة المرضى الذي يحتاجون لإعادة تأهيل، مثل مرضى الكسور، والجروح، والمعاقين جسمياً وحسياً، بدءاً من تطبيق طريقة العلاج الطبيعي والفيزيائي، مروراً بمساعدتهم على التكيف مع حالتهم الجديدة وانتهاء بتوجيههم لاختيار مهنة جديدة تناسب عجزهم، ومشكلتهم.

والسؤال هو "كيف يمكن لاختصاصي علم نفس الصحة أن يساعد هؤلاء المرضى؟ هذا ما سنجيب عنه في الفقرة التالية.

1) الخطوات الأولية في مساعدة المرضى داخل المستشفى:

المرضى الذين يحتاجون المساعدة النفسية لا يطلبونها بأنفسهم، ولكنه على العكس من ذلك تأتي مباشرة من قبل الطبيب والمختص ومن فريق التمريض، الذين لاحظوا سلوكيات المريض، ومشكلاته الانفعالية، والعقليةوالاجتماعية. ولكن هذا الحالة ليست الحالة النموذجية دائماً، فالكثير من الأطباء والممرضين لا يعرفون المشكلات النفسية والعقلية والاجتماعية، كالضغوط مثلاً، ولم يتدربوا عليها، وعلى طرق كشفها وتشخصيها. فقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن الأطباء لم يعرفوا جيداً ولم يستطيعوا التمييز بين المشكلات الانفعالية للمرضى (فلم يستطيعوا التمييز بين الضغط النفسي، والقلق، وبينهما وبين الاكتئاب، ولم يستطيعوا التمييز بين الخوف والقلق، وبينها وبين توهم المرض ..الخ)، وهم يعتقدون بأن هذه المشكلات تنشأ بسبب المرض الذي يعانونه وانه مرتبط بطريقة العلاج التي يعتمدونها مع هؤلاء المرضى. كما تبين أن تدريبهم عن طريق "سيمنار" أو حلقات نقاش جماعية، أو دورة قصيرة، لم تحقق الغاية المرجوة، ولم يتحسن تقييمهم للمشكلات الانفعالية للمرضى .( Deshields, Carmin, Ross & Mannen,1995)

وبعد أن يطلب من عالم النفس أن يرى المريض لتعرف على مشكلاته النفسية، عليه أن يقابل هذا المريض، ويتعرف على تقريره الطبي (للتعرف على حالته). والخطوة التالية، هي مقابلة المريض وأسرته أو أقاربه، ليتعرف منهم على انطباعهم عن مشكلاته، وتاريخها، والوقت الذي بدأت فيه، والتعرف منهم على حالته عموماً. في بعض الأحيان تكون انطباعات الأهل عن مشكلات المريض الانفعالية كافية ومفيدة جداً من أجل تقرير نوع المساعدة التي يجب أن تقدم لهذا المريض، ولكن حين لاتكون هذه الانطباعات والمعلومات كافية، لابد من اتباع خطوات لاحقة ومتخصصة للحصول على معلومات كافية عن الحالة، ويتم فيها استخدام أدوات التشخيص والتقييم الإكلينيكي (كالاختبارات والمقاييس، ودراسة الحالة، والملاحظة الإكلينيكية وغيرها).

2) استخدام الاختبارات والمقاييس بهدف التقييم والتشخيص النفسي للمرضى داخل المستشفى:

لقد طور علماء النفس عدداً كبيراً من الاختبارات والمقاييس التي تهدف إلى تقييم خصائص الناس الانفعالية والعقلية، والشخصية. وتعتمد الكثير منها على نوع المرض أو المشكلة الصحية التي يعانيه المرضى. فمثلاً المرضى الذين يعانون من أذيات أو إصابات مخية وتظهر لديهم علامات سلوكية شاذة، أو مشكلات عصبية، يتم تقييمهم بواسطة مقاييس الذكاء، وقياس مهاراتهم الأكاديمية والمعرفية، وأدائهم الحسي الحركي والإدراكي. والمريض الذي يريد تغيير المهنة بعد الإصابة أو المرض، يجب أن تطبق عليهم اختبارات القدرات، والميول المهنية. ومن بين أكثر المقاييس والاختبارات استخداماً مع المرضى داخل المستشفى، هي التي تهدف إلى تقييم حاجات المريض النفسية الاجتماعية، ومشكلاته الانفعالية، ومن أهمها:

2 – 1– المقاييس النفسية الإكلينيكية:

1) .اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية، والصورة المختصرة له: (MMPI)

يعتبر اختبار الشخصية متعدد الأوجه الذي يعرف اختصاراً بـ MMPI من أكثر الاختبارات النفسية استخداماً في العالم، وذلك بسبب الثقة الكبيرة والصدق الذي يتمتع به هذا الاختبار في التشخيص. والصورة الأصلية لهذا المقياس، هي من إعداد هاثواي وماكينلي (McKinley & Hathaway)، في عام 1940 (فرج، 1980). وهذا المقياس يزود المتخصصين في الصحة النفسية بصورة متكاملة عن الجوانب والأبعاد المتعددة في شخصية المفحوص قبل إصدار حكم شخصي عليه من خلال درجاته على المقاييس المختلفة التي يتضمنها الاختبار، والتي يمكن بواسطتها رسم صفحة نفسية يتضح فيها، وبقدر الإمكان صورة موضوعية دقيقة لمواطن الاضطرابات في شخصية المفحوص. وقد تم تعريب الاختبار وتطبيقه على البيئة العربية في صورته الأصلية، حيث تم استخدامه ككل أو بعض من مقاييسه الفرعية في دراسات عربية متعددة بهدف التقنين، والتشخيص (الحاج، 1401هـ؛ مليكة، 1983، بقاعي، 2004).

وقام (الطويل، ب.ت) بترجمة وإعداد صيغة مختصرة للمقياس، وتطبيقه على البيئة السعودية. ويتكون المقياس (في صيغته المختصرة)، والمتاحة بالعربية، من اثنين وسبعين (72) بنداً، تتناول جوانب مختلفة في الشخصية، ويجاب عن بنود الاختبار في ضوء بديلين (نعم، لا)، وقد صيغت البنود في شكل أسئلة، بعكس النسخة الأصلية للاختبار التي صيغت في شكل جمل تقريرية (فرج، 1980). ويقوم هذا المقياس على أساس التقدير الذاتي للشخص، بمعنى أن الشخص يجيب على الاختبار بنفسه بما يشعر أنه يتفق وحالته النفسية الراهنة. ويتكون الاختبار في صيغته المختصرة من أحد عشر (11) مقياساً فرعياً منها ثماني مقاييس إكلينيكية وثلاث مقاييس خاصة لقياس صدق تجاوب المفحوص مع أسئلة الاختبار. فأما مقاييس الصدق فهي: مقياس الكذب، ومقياس الخطأ، ومقياس الدفاعات. وأما المقاييس الإكلينيكية فهي: توهم المرض، والاكتئاب، والهستريا،

والانحراف السيكوباتي، والسيكاثنيا، والفصام، والهوس، والبارانويا. ولتصحيح الاختبار مفاتيح خاصة لكل اختبار على حدة. ومن أهم الأعراض التي يقيسها الاختبار والمستخدمة في علم نفس الصحة، المقاييس الفرعية التالية:

2) مقياس توهم المرض:

ويقيس هذا المقياس مقدار الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية والقلق غير الموضوعي على الصحة بشكلٍ ملح ويدون وجود سبب واقعي للإصابة بالأمراض الجسمية، ويظهر ذلك جلياً في عدد من الناس الذين يشكون من عدد من الأمراض أو الأزمات التي يكشف الفحص الطبي عن عدم وجودها، كشكاوى محددة من الهضم والتنفس والتفكير. ومن خصائص المتوهم للمرض أن يكون ناقص النضج في معالجته لمشكلات الراشدين، ولا يستجيب لها بالاستبصار الكافي، وارتفاع الدرجة التائية على هذا المقياس، حتى في حالة الأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية عن (55) تشير إلى وجود المرض النفسي العصابي. وقد أثبتت الخبرة الإكلينيكية أن الارتفاع على هذا المقياس قد لا يصاحب وجود الأمراض العقلية (الذهانية) (الطويل، د. ت)

والأفراد الذين يتم تشخيص حالاتهم على أساس أنهم يعانون من هذا الاضطراب يبدون خوفاً واهتماماً شاذاً بالوظائف الجسمية، كما أن الصورة العادية لمتوهم المرض تتسم بالتمركز حول الذات. وينقص القدرة على الاستبصار في النواحي الانفعالية أو النفسية وعلاقتها بالوظائف الجسمية.

3) الانحراف السيكوباتي:

ويقيس هذا المقياس درجة تشابه المفحوص بفئة السيكوباتيين الذين يتميزون بنقص في الاستجابة الانفعالية العميقة وعدم القدرة على الإفادة من الخبرة وعدم المبالاة بالمعايير الاجتماعية مما قد يجعلهم ميالين إلى الحقد على المجتمع، وبالتالي نراهم يميلون إلى الانحراف والتورط في الجرائم التي لا يرضاها المجتمع .

ومع أن السيكوباتيين قد يكونون خطراً على المجتمع وعلى أنفسهم إلا أنهم أذكياء جداً ومحبوبين ويظلوا أحياناً ولمدة طويلة دون اكتشاف، إلى أن يقعوا في مشاكل خطيرة وتنحصر أوجه انحرافهم عن المعايير الاجتماعية في الكذب والسرقة والإدمان على المخدرات والكحوليات والشذوذ الجنسي (الطويل، ب.ت: 7–8)

4) قائمة مراجعة الأعراض المعدلة (SCL–90–R): إعداد عبد الرقيب البحيري (2004)

وهي قائمة من إعداد ديروجيتس وزملاءه (Derogatis et al,1973) حيث تم نشرها تحت عنوان قائمة الأعراض 90 (Symptomes Check List –90)، ثم قام ديروجيتس (Derogatis,1975) بنشر نسخة أخرى معدلة للقائمة بمسمى Symptoms Check List –90 – Revised (SCL–90–R). والقائمة عبارة عن أداة إكلينيكية ذاتية التقدير لتشخيص الأعراض السلوكية لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية، وكذلك الأسوياء المترددين على مراكز الإرشاد النفسي والتربوي.

وقام البحيري (1984) بترجمتها، وإعداد صورتها العربية، واستخدمت في دراسات عربية مختلفة حتى أصبحت صالحة للاستخدام مع المستويات المختلفة في البيئات العربية (البحيري، 2004). وصممت قائمة مراجعة الأعراض كمقياس عام يستخدم مع بداية المراهقة، ويستخدمه الأطباء بصفة عامة والأطباء النفسيون بصفة خاصة، كما يستخدمه علماء النفس في المجالين (الإكلينيكي، والبحث العلمي). أما مجال استخدامها فيتمثل في إلقاء الضوء على الحالة النفسية عند الأفراد على نطاق واسع متدرجاً من الأشخاص العاديين ومروراً بالمرضى ذوي المرض العضوي إلى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات سيكاترية. أما بالنسبة لاستخدام قائمة الأعراض في المجال الإكلينيكي فإنها تعد أداة واسعة الانتشار في تقدير الأعراض النفسية والعقلية.

وتتكون قائمة الأعراض المعدلة (SCL–90–R) من (90) عبارة في صورة تقرير ذاتي خاص بالأعراض النفسية والعقلية، وتوزع هذه العبارات على تسعة (9) أبعاد للأعراض الأولية التي يعتقد انها تشمل غالبية الأعراض السلوكية التي تلاحظ لدى الذين يعانون من المشكلات النفسية. وهذه الأبعاد، هي: (الأعراض الجسمية Somatization – الوسواس القهري Obsessive–Compulsive – الحساسية التفاعلية Interpersonal Sensitivity – الاكتئاب Depression – القلق Anxiety – العداوة Hostility – قلق الخواف Phobic–Anxiety – البارانويا التخيلية Paranoid Ideation – الذهانية Psychoticism) وقد قام فريق البحث الحالي باختيار ستة فقط من هذه الأبعاد، حيث وجد أن هذه الأعراض المختارة هي التي تشمل معظم الأعراض السلوكية التي تتناسب وطبيعة الدراسة الحالية، وهذه الأبعاد الستة هي:

- الأعراض الجسمية:

وتعكس العبارات التي يتضمنها هذا البعد الألم والضيق الذي ينتج عن مشاعر الاختلال الوظيفي للجسم، حيث تصف هذه العبارات ما يحدث في أعضاء الجسم التي تستثار بواسطة الجهاز العصبي اللاإرادي كالمعدة، والشعب الهوائية في الرئتين والجلد والشرايين المتصلة بالقلب، وهي أعضاء بعيدة عن التحكم الإرادي، كما تعكس هذه العبارات أيضاً الصداع وآلام الظهر، وآلام وعدم الراحة في الجهاز العضلي، مثلها في ذلك مثل الأعراض الجسمية المماثلة للقلق.

- الوساوس القهرية:

وتعكس العبارات التي يشتمل عليها هذا البعد السلوك الذي يتماثل بدرجة كبيرة مع التشخيص الإكلينيكي تحت هذا الاسم، ويركز هذا المقياس على الأفكار والدوافع القهرية والانفعالية التي يعاني منها الفرد بطريقة لا تفتر ولا تقاوم وتبدو غريبة بالنسبة لذاته، وغير مرغوب فيها كما يتضمن هذا البعد أيضاً السلوك الذي يشير إلى صعوبات معرفية مثل: اضطرابات التذكر، وخلو الذهن من اية افكار، وصعوبة التركيز.

- الحساسية التفاعلية:

وتعكس العبارات التي يشتمل عليها هذا البعد على الأعراض الأساسية مثل مشاعر القصور والإحساس بالنقص خاصة في حالة المقارنة بالآخرين، ويتميز الأشخاص ذوو المستوى العالي من الحساسية التفاعلية ببخس الذات، والانزعاج، وعلامات الضيق أثناء التفاعلات بينهم وبين الآخرين.

- الاكتئاب:

وتعكس العبارات التي يتضمنها هذا البعد مدى واسعاً من العلاقات المصاحبة لزملة الأعراض الكلينيكية للاكتئاب، حيث تتمثل أعراض المزاج اليائس وعلامات الانسحاب، وعدم الاهتمام بالأنشطة ونقص الدافعية وفقدان الطاقة الحيوية، هذا بالإضافة إلى مشاعر اليأس وعدم النفع وملازمات الاكتئاب الأخرى المعرفية والجسمانية وكذلك عبارات ذات صلة بالأفكار الانتحارية.

- القلق:

وتعكس العبارات التي يتضمنها هذا البعد مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي عادة ما تكون مصاحبة للقلق الظاهر والعالي من الوجهة الإكلينيكية، ومن هذه الأعراض: الضيق، والعصبية، والتوتر، إضافة إلى العلامات الجسمانية كارتجاف الأطراف، وكذلك العبارات التي تتعرض للقلق الهائم ونوبات الرعب ومشاعر الشك.

- قلق الخواف:

وتعكس العبارات التي يتضمنها هذا البعد الأعراض في الحالات التي أطلق عليها حالات قلق المخاوف، او خوف الأماكن المتسعة مثل الخوف من: السفر، والأماكن العامة، ووسائل النقل، والخوف الاجتماعي، والأماكن المفتوحة، والزحام.

ويتطلب تطبيق القائمة في الحالات العادية زمناً يتراوح ما بين (12–15 دقيقة). وفي الواقع لا يوجد بالضرورة وقت محدد لتطبيق القائمة. وتتم الإجابة عن بنود القائمة في متصل يعكس شدة العرض، مكون من خمسة بدائل (0= مطلقاً، 1= نادراً، 2= أحياناً، 3= كثيراً، 4= دائماً).

**اما عن الخصائص السيكومترية للقائمة، فهي:**

أ. الصدق: بالنسبة لصدق المقياس فقد اعتمد معد القائمة (Cleary1977a & Derogates 1977;Derogates) على حسابه باستخدام "الصدق العاملي"، حيث اشتملت القائمة على تسعة أبعاد للأعراض النفسية كذلك قام (Cleary,1977b& Derogatesetal.,1976;Derogates) بعمل تحليل للصدق التوكيدي، والصدق التلازمي مع اختبار الشخصية متعدد الأوجه (MMPI)، وقد أشارت نتائج الارتباط إلى دلالات إحصائية لجميع الأبعاد.

أما في البيئة العربية، فقد قام البحيري (1984؛ 2004) بتقنين القائمة على عينات مختلفة من الأسوياء =701 (ذكور= 349، إناث= 352)، وعينات من المرضى= 158 (ذكور=92، إناث= 66). وتمت دراسة الصدق بثلاث طرق:

صدق المضمون: لمعرفة مدى تمثيل الأعراض للبعد الذي تندرج فيه، حيث تم ذلك بإجراء دراسة كيفية منظمة لأعراض كل بعد ومدى تمثيلها لهذا البعد، وسؤال بعض الأطباء النفسيين، وذلك في ضوء معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية DSM–IV (AmericanPsychiatricAssociation,1994)، واتضح بالفحص تمثيل كل مجموعة من الأعراض للبعد الذي يمثلها.

الصدق التلازمي: حيث كانت نتائج الارتباط دالة إحصائياً لعينة 96 طالباً (22 ذكور، 74 إناث) ممن تتراوح أعمارهم ما بين (13 – 20 سنة) مع اختبار سمة القلق للكبار (الأعراض الجسمانية=0.34، الوساوس القهرية=0.35 ، الحساسية التفاعلية=0.32 ، الاكتئاب=0.47 ، القلق=0.42 ، قلق الخواف= 0.21). كذلك، وجد ارتباط بين أبعاد قائمة الأعراض والسمات السلبية للشخصية في استبيان تقدير الشخصية (سلامة، 1988).

الصدق التمييزي: وللتأكد من تمييز الأعراض المختلفة للقائمة بين الأسوياء والمرضى، تم حساب قيمة "ت" على الأبعاد المختلفة للقائمة بين عينتي الأسوياء والمرضى الكلية، وبين كلتا العينتين من حيث الجنس، واتضح قدرة قائمة الأعراض على التمييز بين الأسوياء والمرضى وبمستوى دلالة مرتفع (0.01) في جميع الأبعاد، وهذا يشير إلى صدق القائمة والوثوق بها.

ب. الثبات: وبالنسبة لحساب الثبات فقد أشار معد القائمة (Derogatis, 1977) إلى مؤشرات حاسمة تدل على ثبات أبعاد قائمة الأعراض بعدة طرق (إعادة الاختبار، وألفا، والتجزئة النصفية، ...).

أما النسخة العربية، فقد قام البحيري (1984؛ 2004) بحساب الثبات على عينة من المجتمع المصري، بطريقة إعادة الاختبار بعد 21 يوماً، حيث كانت معاملات الارتباط للأبعاد المختارة من القائمة كالتالي: (الأعراض الجسمية = 0.56، الوساوس القهرية= 0.48، الحساسية التفاعلية= 0.48 ، الاكتئاب= 0.51، القلق= 0.65، قلق الخواف= 0.55)، وجميعها معاملات دالة عند مستوى (0.01).

2 – 2– اختبارات متخصصة للمرضى داخل المستشفى:

لقد وضع علماء النفس عدداً من المقاييس والاختبارات التي تقيس الأعراض النفسية المرتبطة بالحالات الجسمية والتي يعانيها المرضى داخل المستشفى، وقد ذكرنا سابقاً عدداً من المقاييس التي تستخدم لقياس نمط السلوك (أ) و (ب)، والخصائص النفسية لكل منها وارتباطها بالحالات والأمراض الجسمية. وسنتحدث الآن عن مقياسين يستخدمان في المجال الطبي من أجل تقييم الحالة النفسية للمرضى:

1) قائمة ميلون لتقييم الصحة السلوكية Millon Behavioral Health Inventory ويرمز لها اختصاراً (MBHI). وهو مقياس من نوع تقرير الذات، وضع بهدف تقييم العوامل النفسية واتخاذ القرارات المتعلقة بالمرضى داخل المستشفيات. ويتألف من 150 عبارة يجاب على كل منها بإحدى إجابتين (صح، أو خطأ)، بحيث تقدم للعاملين في المجال الطبي معلومات عن المرضى مثل:

- أنماط التعامل وأساليب المواجهة الأساسية: أي الطرق التي يتبعها المريض لمواجهة الصعوبات والضغوطات التي يمر بها في مواقف متعددة أهمها المستشفى والتعرض لمرض.
- الاتجاهات النفسية: وذلك لتقييم اتجاهات المريض حيال الضغط النفسي، وقياس ميوله وخبراته السابقة حيال كل من العجز، واليأس، والدعم الاجتماعي، وتوهم المرض.

تستخدم هذه القائمة في تقييم ردود فعل المرضى تجاه مرضهم داخل المستشفى، واستجاباتهم لطريقة العلاج التي تطبق عليهم. وبالرغم من استخدامها كثيراً في المجال الطبي مثل تقييم استجابة المريض للألم، وللعلاج الكيماوي للذين يعانون من السرطان، فلا توجد نتائج دقيقة حول تقنينها وصدقها وثباتها، مما دفع بالعديد من الباحثين لإجراء دراسات متعددة بهدف التأكد من خصائصها السيكومترية(Gatchel et al,1986).

2) مقياس التكيف النفس اجتماعي مع المرض Psychosocial Adjustment to Illness Scale ويرمز له اختصاراً، (PAIS)، وهو من الأدوات المصممة من أجل تطبيقها على المرضى داخل المستشفيات والمراكز الصحية.ويتألف المقياس من (46) عبارة، يجاب عليها بإحدى التقديرات الأربعة التالية: إطلاقاً،

أحياناً، بدرجة متوسطة، كثيراً جداً. ولهذا المقياس صورتان: الأول يمكن للمريض نفسه أن يجيب على بنوده بمفرده بدون مساعدة متخصص، والثاني، يجاب عن بنوده مع مقابلة يجريها معه اختصاصي علم النفس. ويقيس هذا المقياس العديد من الخصائص النفسية والاجتماعية لحياة المريض، والتي ترتبط بتكيفه النفسي والاجتماعي مع المرض الذي يعانيه. وفيما يلي هذه الخصائص:

- توجه الرعاية الصحية: ويقيس اتجاهات المريض نحو الصحة عموماً، ونحو الرعاية الصحية، وخبراته في ذلك كله.
- بيئة العمل: وتقيس خصائص بيئة عمل المريض، والمشكلات الصحية الناتجة عن المهنة التي يمارسها، ودرجة أدائه، ورضاه المهني.
- البيئة الأسرية: وتقيس خصائص الأسرة والعلاقات الأسرية للمريض، والمشكلات التي يمكن أن تنشأ فيها.
- العلاقات الجنسية: وهي العبارات التي تقيس السلوك والنشاط الجنسي للمريض، وما ينتج عنها من مشكلات.
- العلاقات الاجتماعية للأسرة مع الآخرين: وتقيس هذه العبارات الخصائص المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية خارج الأسرة، وتفاعلها مع الآخرين، والمشكلات التي تنشأ منها وتؤثر في المريض وحياته الصحية.
- البيئة الاجتماعية: وتركز على تقييم أثر المشكلة الصحية على العلاقات الاجتماعية للمريض، وانعكاسها على أوقات فراغه ونشاطه الاجتماعي والترويحي.
- الضغوط النفسية: وتقيس هذه البنود الآثار النفسية للمشكلات الصحية التي يعانيها المريض، مثل أثر المرض في كل من: تقدير الذات لديه، القلق، الخوف، الكآبة، العدوانية، الضيق.

لقد أجريت عدة دراسات للتأكد من الخصائص السيكومترية لهذا المقياس وقد تبين صدقه وثباته، كما تبين فائدته في تقييم تكيف المريض مع المرض والآثار النفسية والاجتماعية له (Derogatis,1986).

3) تفعيل أو تحسين تكيف المرضى داخل المستشفى:

حالما يقوم المتخصصون في علم نفس الصحة بتقييم طبيعة مشكلات المريض والصعوبات التي يعانيها في المستشفى، فإنهم يسعون لاتخاذ قرارات تتعلق بتحديد التقنيات والطرق العلاجية المناسبة للتعامل مع هذه المشكلات ومعالجتها. وقد أشرنا سابقاً، إلي أن هناك عدداً من الطرق المعرفية والسلوكية التي يمكن تطبيقها بنجاح، في الوقاية بأشكالها الثلاث: الأولية، والثانوية، والوقاية من الدرجة الثالثة. ويمكن استخدم هذه الطرق والتقنيات في تحسين تعامل المريض مع مشكلاته ورفع مستوى تكيفه النفسي والاجتماعي في جوانب صحية كثيرة منها: تناول الطعام، والخروج للحمام، والنظافة، والمشي، وفي خفض التوتر والضغط النفسي وغيرها من الانفعالات السلبية كالقلق والخوف.

تنمو لدى الكثيرين من المرضى مشكلات نفسية واجتماعية حين دخولهم المستشفى، وخاصة إذا كان المرض الذي يعانيه المريض خطيراً أو على شكل إصابة جسمية كالإعاقة والأذية، حيث تشعره ذلك بأن حياته أصبحت مهددة، وإن سيصبح عاجزاً ومعاقاً.ولذلك، يحتاج هؤلاء المرضى أسرهم إلى مساعدة بهدف تخطي مشاعر اليأس والكآبة لديهم، والتخطيط لتدريبهم على مواجهة الصعوبات التي يمرون بها. وهناك الكثير من الطرائق والفنيات التي تساعد المرضى على تجاوز مشكلاتهم والصعوبات التي يحدثها المرض وبالتالي تحسين مستوى تكيفهم النفسي والاجتماعي. ومن أهم هذه الطرائق والتقنيات: المناقشة الجماعية أو جماعات المناقشة group–discussion والعلاج المعرفي – السلوكي، وإعادة البناء المعرفي بهدف تعديل الأفكار السلبية للمريض.

يجب الإشارة إلى أن الطرائق والاستراتيجيات التي يستعملها علماء نفس الصحة في تحسين تكيف المرضى داخل المستشفى، لها بعض الحدود، والمساوئ، منها صعوبة استعمالها على المدى الطويل، أو لفترات طويلة، كما هو الحال في تغيير أساليب ونمط حياة المريض، من أجل منع الانتكاس، أو عودة الأعراض. ففي مثل هذه الحالة يصعب علينا تطبيق هذه التقنيات لتغيير حياة المريض. من يتجه المتخصصون في علم نفس الصحة إلى تدريب المريض على أساليب التعامل ومهارات مواجهة الضغوط، وتعميم هذه المعارف والمهارات التي اكتسبها على صعوبات ومواقف كثيرة يواجهها في حياته اليومية (Huzsi & Walker,1991).

سادساً: خلاصة:

لقد تطورت المراكز والمؤسسات الصحية عبر الزمن بحيث تلبي احتياجات المرضى المترددين عليها (عيادات خارجية) أو المنومين، والراقدين فيها. في مراحل تاريخية معينة، كانت الخدمات الصحية تقدم للمرضى في الكنائس، باعتبار أن المرض يتطلب دعاء وصلاة، مما يعبر عن سيطرة النظرة الدينية للمرض وعلاجه. وفي مرحلة لاحقة، تم بناء العديد من المؤسسات في دول مختلفة بهدف تقديم الرعاية للفقراء، والمسافرين، والمرضى المصابين بأمراض معدية. ومع بداية القرن العشرين انتشرت المستشفيات والمراكز الصحية في مختلف البلدان والمناطق، وساعد على ذلك تطور العلوم الطبية وطرق المعالجة.

يقوم على المركز الصحي أو المستشفى فريق من المتخصصين يقدمون خدماتهم وفقاً لتخصصاتهم وللأدوار المناطة بكل منهم، وقد نجد في المستشفى أقساماً متخصصة: جراحة عصبية، نساء، ولادة، أطفال، عينية، أنف وأذن وحنجرة، أمراض الغدد والسكري، التناسلية،،الخ وقد نجد مستشفى متخصص في أمراض معينة مثل مستشفى الأطفال، وطب الأسنان، وجهاز الهضم. ويغطي هذه التخصصات فريق من المتخصصين في كل منها. ويلعب الممرضون والممرضات والعاملون الإداريون دوراً مهماً في تقديم الخدمات الطبية للمرضى.

إن دخول الشخص إلى المستشفى، ليس خبرة جيدة، أو مفرحة، بل على العكس من ذلك، إنها خبرة سلبية لأنه يسيطر على المريض مشاعر الخوف، والقلق، واليأس، ولأنه يغير نمط حياة المريض وأساليب حياته المعتادة. وكثيراً ما يشعر المريض بالضغط النفسي الناتج عن المرض، وطريقة المعالجة، وظروف المستشفى. من هنا يعاني البعض من فقدان الأنية، واختلال التفاعل الاجتماعي. من جهة ثانية يعاني القائمون على رعاية المرضى من الكثير من ضغوط المهنة، حتى يصل الأمر لدرجة الاحتراق النفسي واستنفاذ الطاقة أو الإرهاق.

يدخل بعض المرضى المستشفى وهم يتصفون بالسلبية بسبب السلوك المرضي لديهم، وبعضهم من "المرضى الجيدين"، وآخرين مرضى "ذوي مشاكل"، ووفقاً لذلك يختلف تعاون المريض مع الفريق الطبي، من سلبي، إلى متعاون، إلى صاحب مشاكل، وهذا الأخير يعتبر غير مستجيب، وكثير الشكوى والتبرم. ويتعامل المرضى مع ظروف المستشفى، ومع حالتهم المرضية بطرق متعددة، أهمها: التعامل الذي يركز على المشكلة، والتعامل الذي يركز على الانفعال. والكثير من المرضى يعانون القلق والخوف بسبب العمليات الجراحية، أو الضيق والضغط النفسي بسبب البيئة الجديدة في المستشفى، مما يعيق المعالجة الطبية، وكثيراً ما يتأخر الشفاء والتحسن عن موعده المحدد. من هنا يركز علماء نفس الصحة على الطرائق والفنيات التي تساعد في تحسين تكيف المرضى داخل المستشفى، ومن ابرز العوامل التي تؤثر في تكيف المريض: قدرته على التحكم الذاتي، وامتلاكه لمعلومات عن حالته المرضية وعلاجها، والدعم الاجتماعي الذي يتلقاه. غلا أن بعض المرضى يتبعون أساليب تكيف غير صحية مثل الهروب والتجنب والانسحاب، وكظم المشاعر، بينما يتبع البعض الآخر أساليب فعالة مثل التنبه والاهتمام، والبحث عن المعلومات، وطلب المساعدة.

هناك عدد من الطرائق التي يعتمدها المتخصصون في علم نفس الصحة، لمساعدة المرضى على تحسين تكيفهم النفسي والاجتماعي داخل المستشفى، وإعدادهم للعمليات، وإكسابهم مهارات المواجهة. ويختلف هذه الأساليب باختلاف المرحلة العمرية للمريض، فالطفل في مرحلة ما قبل المدرسة يعاني من مشكلات تكيفية تختلف عن تلك التي يعانيها أبناء المدرسة وذلك لاختلاف نموهم المرعي

والانفعالي. ويستخدم متخصصو علم نفس الصحة أدوات تشخيص مهمة مثل: اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه، وقائمة الأعراض، وقائمة ميلون للصحة السلوكية، ومقياس تكيف المريض نفسيا واجتماعياً مع مرضه. ومن الفنيات والطرائق التي يعتمدها هؤلاء المتخصصين لتفعيل تكيف المريض: المناقشة الجماعية، والعلاج المعرفي السلوكي، وإعادة البناء المعرفي الفكري للمريض. وبالغرم من فعالية هذه الفنيات، إلا أن لها بعض الصعوبات وخاصة حين استخدامها على المدى الطويل في تغيير نمط حياة المريض، ومنعاً لانتكاسه.

# الفصل الحادي عشر



## التأهيل الإكلينيكي للمرضى
## والعجزة والبرامج الإرشادية للوقاية من المرض



# الفصل الحادي عشر

# التأهيل الإكلينيكي للمرضى والعجزة والبرامج الإرشادية للوقاية من المرض

- مقدمة.
- أولاً: طبيعة التأهيل وأشكاله.
- ثانياً: التمكين.
- ثالثاً: برامج إرشادية لتحسين الصحة والوقاية من المرض.
- رابعاً: الوقاية من مرض معين: الإيدز نموذجاً.
- خامساً: خلاصة.

# الفصل الحادي عشر

# التأهيل الإكلينيكي للمرضى والعجزة والبرامج الإرشادية للوقاية من المرض

مقدمة:

تتنوع فئات المصابين بالعاهات الجسمية والإعاقات الحركية، والعجز الجسمي والعقلي، مما يترك آثاراً نفسية وسلوكية متنوعة في حياة المصاب، ويختلف تأثيرها باختلاف شخصية صاحبها ونوع العجز نفسه. ولعل موقف المجتمع من صاحب العاهة يفوق أثره أحياناً أثر العاهة نفسها في خلق الصراع النفسي والإحباط، وتفاقم الشعور بالنقص (الصحة العربية، 2001). من هنا تبرز أهمية برامج التأهيل في ميدان علم النفس الطبي، حتى ظهرت برامج تدريبية متخصصة تقدم للأخصائيين النفسيين في مجال التأهيل كما هو الحال في جامعة ريزرف الغربيةWestern Reserve University في الولايات المتحدة الأمريكية، وبرنامج علم النفس الجسمي Somatic Psychology جامعة كانساس Kansas University الذي أصبح برنامجاً متضمناً في البرنامج الأكبر لعلم النفس الإكلينيكي.

إن الحاجة المتزايدة كانت وراء الاهتمام ببرامج التأهيل الطبي والنفسي، فقد تزايدت نسبة الإصابة الأمراض المزمنة مثل السكري، والقرحة، والأمراض المميتة مثل السرطان، وأمراض القلب والإيدز إضافة إلى الإعاقات الجسمية والعقلية. فقد أشار بعض الأطباء المختصين والممارسين نضاله الشديد مع الصعوبات المعرفية التي تلي العلاج الكيماوي للمصابين بالسرطان، ومدى الاضطراب والتعب الذي عاناه بعد المعالجة، فالعلاج الطبيعي متاح ومفيد في المراكز الطبية، ولكن ماذا عن دور سيكولوجية التأهيل؟ هكذا تظهر أهمية برامج التأهيل في الممارسة الطبية لتشمل عناصر الخدمات الصحية بأكملها. فما معنى التأهيل، وما أشكاله، وما هو التمكين في علم النفس الطبي؟.

## أولاً: طبيعة التأهيل وأشكاله:

تنطوي حياة الفرد من بدايتها حتى نهايتها سلسلة من التفاعلات المستمرة بين شخصيته وبين البيئة التي يعيش فيها، ويهدف هذا التفاعل إلى إيجاد التوازن أو التوافق بين حالته الجسمية والنفسية والاجتماعية وبين ما تتسم به هذه البيئة من صفات ومتطلبات وتفاعلات اجتماعية. وكلما اختل هذا التوافق لسبب ما بذل الفرد جهده لمواصلة توافقه مع بيئته من خلال خبرته الشخصية أو من خلال الأسرة أو ما تعلمه في المؤسسات التربوية، وبذلك فهو في حالة توافق مستمر وحالة تعلم مستمر يساند هذا التوافق، والمصطلح الذي يعبر عن علمية التوافق والتعلم الذي يدعمه هو ما يسمى تأهيل Habilitation، وهي مرادفة للكلمات التالية: تكيف Adjustment، تعليم Education، توافق Adaptation .

ولكن أحياناً أو في مرحلة من مراحل النمو تختل عملية التوافق (أو التأهيل) مع البيئة، ولا يستطيع الشخص مواجهة هذا الاختلال بمفرده، فيحتاج إلى خدمات غيره من أجل مساعدته في إعادة التوافق، أو إعادة التكيف أو (إعادة التأهيل) سواء كانت هذه الخدمات على شكل توجيه الفرد أو إرشاده، أو تعليمه أو تطوير صفاته البدنية أو العقلية، أو السلوكية (تطوير صفاته الشخصية)، أو كانت على شكل تطوير في بيئته نفسها بحيث تتلاءم مع صفاه الشخصية، وهذا يعني أنه بحاجة إلى عملية إعادة تعلم Relearning، أو إعادة تكيف Readjustment أو إعادة توافق Readaptation أو إعادة تعليم Reeducation أو إعادة تأهيل Rehabilitation، وبذلك تعرف عملية إعادة التأهيل بأنها "إعادة تكيف أو إعادة توافق، أو إعادة إعداد وتأهيل للحياة" ويميز البعض بين التأهيل وإعادة التأهيل على اعتبار أن التأهيل Habilitation يمكن ان يكون اهتمامه بأولئك الذين حدث لديهم العجز في أعمار مبكرة قبل أن تكون لهم أنشطة وقبل أن يتعلموا أساليب الحياة، وأن كل فرد بعد ولادته يمر بعملية تأهيل، ولكن إعادة التأهيل Rehabilitation بالمقابل يعني إعادة العيش أو إعادة التكيف الذي فقد بعد التعرض لعجز أو إعاقة أي إعادة العودة للحياة. وذلك لأن الفرد قد

فقد التكيف والتأهيل الذي كان قد اكتسبه في حياته السابقة قبل الإصابة، أما بعد الإصابة أو العجز، فهو بحاجة إلى تأهيل جديد يسمى إعادة تأهيل. وبما أن مفهوم التأهيل استقر في الأذهان ليعني التأهيل وإعادة التأهيل على حد سواء، فلا بأس من الاستمرار في التعامل مع مفهوم واحد هو التأهيل للدلالة على الحالتين معاً.

فإذا كان وجه الاختلال توافق الشخص أو تكيفه مقتصراً على ناحية طبية أطلقنا على مايحتاجه من التأهيل اسم التأهيل الطبي Medical Rehabilitation أي استعادة أقصى مايمكن توفيره من قدرات بدنية أو جسمية، مثل حالات بتر الأطراف، فيكون تأهيلها طبياً هو إمداد المعاق بالأطراف الاصطناعية بعد جراحة البتر، أو بعد إعادة الجراحة التي تلزم أحياناً إذا لم تكون الجراحة الأولى ملائمة لتركيب واستخدام الطرف الصناعي، ثم تدريب عضلاته على تحمل الطرف الصناعي (الجديد) وتدريب توازنه العصبي والعضلي على كيفية استخدام الطرف في شؤون حياته اليومية، والأمر نفسه بالنسبة لضعيف السمع حين تستخدم معه أجهزة تقوية السمع وتدريبه (تأهيله) على استعمالها، وكذلك الأمر بالنسبة لضعيف البصر، وتدريبه (تأهيله) لاستخدام العدسات الطبية، وحالات الشلل، وإصابات العمود الفقري، والنخاع الشوكي، إلى غير ذلك من علاجات طبيعية وجراحية في سبيل إعادة الفرد أقرب ما يكون إلى الصلاحية (التوافق) لممارسة حياته الاجتماعية والمهنية المستقبلية، وذلك كله في إطار خطة للمعاق.

أما إذا كان المصاب في حاجة إلى إعادة توافق وتكيف من الناحية النفسية فإنه يحتاج إلى ما يسمى تأهيل نفسي Psychological Rehabilitation حيث يتناوله الأخصائي النفسي بالتعاون مع الطبيب، والأخصائي الاجتماعي، لأن تشخيص الحالة يحتاج الاستعانة بتاريخ المصاب وبظروفه التي سبقت الإصابة، وكذلك الاستعانة بملاحظات الأسرة وتاريخها الصحي والوراثي، أو الاستعانة بالمعلمين، وزملاء العمل، أو بالطبيب النفسي إذا وجد اشتباه بمرض عقلي. وعلم

النفس الجسمي أي سيكولوجية الأمراض الجسمية أو ما يسمى " السوماتو سيكولوجي Somatopsychology يبحث في الآثار التي تحدثها الإعاقة الجسمية على نفسية المصاب وحالته العقلية والسلوكية. من هنا يركز التأهيل على معالجة هذه المشكلات النفسية التي نتجت عن الإعاقة أو الإصابة الجسمية، أو العجز.

وإذا كان وجه اختلال تكيف الفرد أو توافقه للحياة هو فقد وظيفته التي يرتزق منها أو عجز عن الاستمرار في ممارسة المهنة أو الوظيفة بسبب حدوث عوائق بيئية (كالانتقال، والهجرة)، أو بسبب تغيير طرأ على حالته الجسمية (كالعاهة، أو الإصابة، أو المرض المزمن)، أو انحراف في قدراته العقلية والانفعالية (مرض نفسي)، فهذا هو أقسى أنواع عدم التكيف أو عدم التوافق، ولذلك فإن مثل هذا الشخص بحاجة ماسة إلى ما يسمى بالتأهيل المهني VocationalRehabilitation فالتأهيل المهني هو إعادة التكيف أو إعادة التوافق من الناحية المهنية سواء كان الفرد الذي نقوم بتأهيله مصاباً بعجز في صفاه هو، أم كان السبب بعيداً عنه، فإن التأهيل المهني للمصابين بعجز أو يعوق تكيفهم مهنياً فإننا نطلق عليه اسم التأهيل المهني للمعوقين .

وقد عرفت منظمة العمل الدولية التأهيل المهني لمعوقين بأنه "ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة والمترابطة الذي ينطوي على تقديم الخدمات المهنية كالتوجيه المهني، والتدريب المهني، والتشغيل، مما يجعل المعوق قادراً على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه"

وتختلف حاجات الأفراد من حيث مدى حاجتهم إلى أنواع التأهيل المختلفة، فقد يحتاج الفرد إلى نوع واحد أو أكثر من تلك الأنواع في وقت واحد: النفسي، الطبي، الاجتماعي، المهني.

وتعرف عملية تأهيل المعوقين بأنها "تقديم الخدمات الاجتماعية، والنفسية، والطبية، والتعليمية، والمهنية التي يلزم توفيرها للمعوق وأسرته لتمكينه من التغلب على الآثار التي نتجت عن عجزه أو إعاقته".

## ثانياً: التمكين:

لقد ظهر مصطلح التمكين empowerment من خلال اهتمام علماء النفس الطبي بتأهيل المرضى والعجزة والمعاقين كما أشارت بحوث المعهد الوطني للإعاقات والتأهيل الأمريكي عام 1991، فما هو التمكين ؟ وا علاقته بالتأهيل؟

1) معنى التمكين:

يرتبط مفهوم التمكين بمفهوم التأهيل الذي يعمل على إعادة الفرد المصاب بالعجز والمرض المزمن الجسمي أو العقلي إلى أقصى حالاته من حيث أداء الوظائف المرتبطة بأوجه الحياة المختلفة، وبذلك فإن جوهر عملية التأهيل هو أن نمكن empower الفرد من أن يؤدي وظائفه على أفضل وجه ممكن تتيحه له قدراته الجسمية والعقلية التي كانت قبل الإصابة. وبذلك حين نؤهل المريض أو المصاب فيعني أن نمكنه من أن يفعل ويفكر، ويشعر، ويتصرف ويحس على أفضل نحو ممكن. وقد تم التأكيد على مفهوم التمكين باعتباره حجر الزاوية في الهوية، كما تزايد الاهتمام به في علم النفس الطبي والتأهيل النفسي، وذلك لأن من أطلق عليهم مرضى patients أصبحوا يسمون مستهلكين أو مستفيدين أو زبائن consumers ثم أطلق عليهم مشاركين constituents وذلك لأن النظرة إليهم تحولت من التركيز على الضرر والعجز، وجوانب القصور إلى التركيز على الإمكانيات والمزايا والقدرات المتوفرة، وبذلك تصبح النظرة للمصابين أكثر ايجابية. وتدمج نظرية التمكين مفاهيم السيطرة والتحكم مع منهج الحياة الفعل، والفهم الناقد للبيئة الاجتماعية، والتي تحدث على ثلاث مستويات: القيم، والعمليات، والنتائج:

1. قيم التمكين: تتضمن قيم التمكن المعتقدات المتعلقة بقضايا الصحة، health والتكيف adaptation والكفاءة competenceحيث يركز على السواء ماقبل الشذوذ، والصحة مقابل المرض، والكفاءة مقابل العجز وذلك كله بهدف تدريب العاجزين والمرضى ليصبحوا أقدر في التغلب على صعوباتهم اليومية وتحقيق الاندماج في المجتمع.
2. عمليات التمكين تتضمن عمليات التمكين الآليات والأساليب التي يكتسب من خلالها الأفراد والمؤسسات الصحية والاجتماعية السيطرة control والتمكن أو الإتقان mastery للسلوكيات السوية الشخصية والبيئية، والمشاركة في اتخاذ القرارات المؤثرة في حياتهم، ولذلك تشتمل هذه العمليات على: مهارات صنع القرارات، وتعلم الفرد التفكير الناقد لبيئته الاجتماعية التي تتيح له الاستفادة من مواردها، ومنها التعاون مع الآخرين.
3. أهداف التمكين: يهدف التمكين عموماً، إلى تقوية أنظمة الاعتقاد القائمة على قناعة الجماعة، وإيجاد مصادر دعم ومساندة، وقيادة مشتركة وشاملة، حتى تتيح للأفراد والمؤسسات الصحية والاجتماعية أن يصبحوا أكثر اعتماداً على الذات self–reliant، وأكثر تحكماً وسيطرة على ذواتهم self–governing وعلى البيئة المحيطة بهم، وأقل خضوعاً للمؤثرات الخارجية less controlled by external forces (كفافي وعلاء الدين 2006).

2) عناصر التمكين:

يشتمل التمكين كلاً من الفرد، والمؤسسات، والمجتمع. من هنا نتحدث عن ثلاث مستويات للتمكين:

1. على مستوى الفرد، ونسميه حينها التمكين النفسي empowermant psychological .
2. على مستوى المؤسسات ونسميه حينها التمكين التنظيمي المؤسساتي.

3. على مستوى المجتمع ونسميه بالتمكين الاجتماعي أو المجتمعي.

ويعتبر علماء النفس الطبي أن التمكين النفسي يتألف من ثلاث مكونات هي:

1. مكون شخصي داخلي: ويشمل تفكير الشخص من حيث: السيطرة المدركة، والفعالية الذاتية، والكفاءة المدركة.
2. مكون شخصي بيئي: ويتعلق بتفكير الشخص حول بيئته واتصاله بالآخرين ومصادر الدعم الاجتماعي، كما يشتمل على الوعي الناقد للبيئة الاجتماعية بما يتيح المشاركة في اتخاذ القرارات ومهارات القيادة.
3. مكون سلوكي: ويشتمل على الأعمال والممارسات التي يقوم بها الفرد للتأثير في بيئته الاجتماعية والتنظيمية من خلال المشاركة في المؤسسات والأنشطة الاجتماعية مثل: مراكز الإقامة المستقلة، وجماعات النشاط، والمساعدة الذاتية.

لقد اهتم علماء النفس بدراسة نظريات التمكين، وتطبيق برامجها وتقييمها في مجالات متعددة، بعضها على الأطفال، وبعضها على المسنين، وعلى المرضى والمصابين بإصابات جسمية متعددة، ومن أهم البرامج التي يتم تطبيقها وتقييمها: برامج دعم الكبار المصابين بإعاقات جسمية، والمنظمات الخاصة بالأحياء السكنية، وبرامج الرعاية الذاتية للأطفال، وبرامج الوقاية من الإيدز ومن السرطان، وبرامج دعم آباء الأطفال المعاقين عقلياً.

**ثالثاً: برامج إرشادية لتحسين الصحة والوقاية من المرض:**

استخدمت سلسلة مطاعم الوجبات السريعة في عام (1982) الحيلة للفت انتباه الناس إلى توجه مزعوم: هو أن أكثر الأباء لم يأخذوا أطفالهم للمراكز الصحية من أجل تلقيحهم، وإعطائهم التطعيمات الضرورية. تضمنت هذه الحيلة تقديم حسم عن الوجبات للأهل الذين أخذوا أطفالهم للمراكز الصحية

ولقحوهم باللقاحات اللازمة قبل نهاية الصيف. ومن الإجراءات الأخرى التي اتبعتها بعض المؤسسات العامة استعمال التواصل مع الناس لنفس الأغراض. سنتحدث عن برامج تحسين الصحة من خلال التعرف على الطرق والإجراءات المتبعة في ذلك.

1- طرائق تحسين الصحة والارتقاء بها:

1 – 1 – التحذير من خلال إثارة الخوف لدى الشخص:

وفقاً لنموذج أو نظرية المعتقدات الصحية (انظر الفصل الخامس) فإن الأفراد أكثر ممارسة للسلوكيات الصحية إذا اعتقدوا بأنهم إذا لم يمارسوها سيكونون عرضة لمخاطر الإصابة بمختلف الأمراض. بكلمة أخرى، إنهم مدفوعون من خلال الخوف للحفاظ على صحتهم.فالخوف من المرض هو الدافع لديهم للحفاظ على الصحة.وقد بينت عدة دراسات أن التحذيرات من خلال إثارة الخوف لدى الناس ذات فعالية كبيرة في دفع هؤلاء إلى تبني السلوكيات الصحية، مثل صحة الأسنان، والقيادة بأمان، وسلوك التدخين وغيرها.

كيف يمكن للتهديد أن يثير الحذر والانتباه لدى الفرد؟ هناك بعض التناقض في ذلك؟ لقد أكد عالم النفس إيرفنغ جينس (1984) ان كل سبب أو ظرف له مستوى مثالي من إثارة الخوف بحيث يدفع الفرد إلى تغيير اتجاهه وسلوكه. فالخوف الشديد ربما يدفع الشخص لأن يستعمل أساليب تعامل انسحابية هروبية (كتجاهل التهديد، أو تقليصه، أو نكران وجوده) ويحدث هذا كثيراً حين يكون التهديد الموجه لشخص مباشراً وذاتياً. ومع أن بعض الدراسات قد أظهرت أن التحذير والتنبه يدعم وجهة النظر هذه، إلا ان بعضها الآخر لم يؤكد ذلك. وما نزال بحاجة لمزيد من الدراسات حول هذه النقطة، بهدف تحديد العوامل والشروط التي تجعل الخوف دافعاً للعمل والجهد لدى الشخص.

ما الذي يجب علينا فعله حتى نجعل الخوف أكثر فعالية في إثارة تنبيه الشخص وتحذيره ليتبع السلوك الصحي؟ في دراسة للباحثين كارول سيلف ورونالد روجرز (1990) اثبتا أن الكفاءة الذاتية يعتبر عاملاً أساسياً وحاسماً. فالتهديد المرتفع يظهر مرتبطاً مع مقاصد الشخص واتجاهاته المرتفعة نحو تغيير سلوكه غير الصحي، وخاصة حين يتلقى هذا الشخص معلومات تشير إلى أهمية السلوك الصحي لديه. أما الذين يتعرضون لتهديد مرتفع وتكون لديهم معلومات قليلة عن السلوك الصحي، فيتجنبون اتباع سلوكيات التعامل مع هذا التهديد. لذلك يجب أن نزود الشخص بالمعلومات الكافية عن السلوك الصحي وأهميته حين يكون تحت تأثير خوف شديد من إصابته بمرض ما. ويبدو أن الخوف يثير درجة عالية من الفعالية والكفاءة لدى المراهقين والراشدين منه لدى الأطفال.

ولكن إحدى المشكلات التي تثيرها طريقة إثارة الخوف لدى الشخص هي أن اتجاهاته نحو تغيير سلوكه غير الصحي واستبداله بالسلوك الصحي لا تقود بالضرورة إلى إحداث مثل هذا التغيير. ويعني ذلك أنها قد تكسبه اتجاهات صحية، ولكن دون أن يمارسها فعلاً أو يطبقها على أرض الواقع، فتبقى الفجوة قائمة بين المعتقد أو الاتجاه، وبين الفعل أو السلوك (Fielding,1990).

1– 2– تزويد الشخص بالمعلومات:

الأفراد الذين يريدون أن يطبقوا حياة صحية بحاجة لمعلومات، إنهم بحاجة لمعرفة ما يجب عليهم فعله، ومتى، وأين، وكيف يعملون ذلك. لنأخذ مثالاً على ذلك الأفراد الذين يريدون أن يطبقوا نظام غذائي للحمية من الكوليسترول. إنهم بحاجة لمعرفة ما هو الكوليسترول، وأنه يمكن أن يغلق الأوعية الدموية، وأنه بذلك يؤدي إلى امراض القلب.إن هؤلاء الأفراد بحاجة إلى معرفة متى يمكن أن يكونوا بحاجة إلى إجراء فحوص وتحليل مخبرية للدم للتعرف على مستويات الكوليسترول، وما هي المستويات العليا منه، وما هي المأكولات التي يتناولنها حالياً والتي تسبب لهم ارتفاع الكوليسترول، وما هي أنواع الأطعمة التي يحتاجونها في نظامهم الغذائي لتقليص الكوليسترول، وكيف يعدون مثل هذه الأطعمة.

يمكن للتلفزيون، والراديو، والصحف، والمجلات أن تلعب دوراً هاماً في تحسين صحة الناس من خلال تحذيرها لهم وتقديم المعلومات اللازمة لهم، كأن يبينوا لهم مخاطر التدخين، وطرق الإقلاع عنه.وإحدى الطرق التي يمكن أن تتبعها وسائل الإعلام هي تقديم معلومات مبسطة وتثقيفية عن الآثار السلبية للتدخين مثلاً، ومحاولة تشجيع الناس على الإقلاع عنه.ومثل هذه الطريقة ليست فعالة، كما أن نجاحها محدود وذلك لعدة أسباب، منها:

1. أن المعلومات التي تقدم لهم قد لا يمكنهم فهمها عند قراءتهم لها في الصحف والمجلات.
2. والسبب الآخر أنهم لا يريدون أن يغيروا سلوكهم في أي قضية صحية.

والطريقة الأخرى لتقديم المعلومات، عن طريق وسائل الإعلام، تركز على الطرق التي يمكن من خلالها أن يغير الناس من عاداتهم السلوكية غير الصحية. مثلاً، تقديم برامج تلفزيونية مصممة بطريقة سلوكية، يمكنها أن تكون فعالة في جعل الناس يتبعون الخطوات الأولى في التوقف عن التدخين، ومن ثم مقابلة مختصين في المراكز الصحية لمتابعة تنفيذ البرامج العلاجية السلوكية.

وتعتبر الجلسات الطبية الطريقة الثالثة، وخاصة حين يقوم بها أطباء ومعالجون مختصون، مصدراً مهماتً للمعلومات التي تساعد في تحسين الصحة والوقاية من المرض. وهناك محاسن ومساوئ لاستخدام الجلسات الطبية في تعليم الشخص السلوك الصحي وسلوك الوقاية من الأمراض. ومن محاسن هذه الطريقة أن كل شخص يزور الطبي مرة أو مرتين في السنة على أقل تقدير، وفي هذه الزيارة ينظر الشخص للطبيب باحترام وتقدير باعتباره يمثل مصدر خبرة طبية وصحية. ومن مساوئ هذه الطريقة، هي أن الشخص قد ينفذ تعليمات الطبيب الصحية في المراحل الأولى فقط، ثم يتوقف عن تنفيذها، ما يسبب مشكلة للطبيب المختص حول كيفية تجاوز المشكلات الصحية التي حدثت نتيجة توقف الشخص عن تنفيذ السلوكيات الصحية المطلوبة (Fielding,1990).

### 1- 3- الطرائق السلوكية:

تركز الطرق السلوكية مباشرة على تحسين أداء الناس واكتسابهم سلوكيات الوقاية بأنفسهم. وتشتمل هذه الطرق على تزويد تعليمات متخصصة أو تدريبات محددة من أجل القيام بالسلوك الصحي أو الوقائي المطلوب. وقد تبين أن هذه التقنيات السلوكية تساعد في تطوير برامج تحسين الصحة.

وتشتمل الطرق السلوكية في تحسين الصحة، التعامل مع النتائج المتعلقة بالسلوكيات المرتبطة بالصحة لدى الأشخاص، وخاصة تعزيز السلوكيات الصحية والوقائية، وعقاب أو إطفاء السلوكيات غير الصحية. ويمكن للمعززات والمكافآت أن تفيد في زيادة السلوك الصحي، مثل تطبيق مبادئ الصحة السنية، ونجاح مثل هذه الطريقة يعتمد على عدة عوامل منها:

1) نوع المكافآت والمعززات المستخدمة.
2) عمر الشخص وجنسه، ومستواه الثقافي الاجتماعي والتعليمي.
3) اهتمام الشخص ورغبته في ممارسة السلوك الصحي والوقائي. مثلاً يختلف الناس فيما بينهم من حيث المكافآت التي يفضلونها، هل تمثل مكافآت عينية، أم رمزية، أم أنشطة والعاب معينة. فبعض الأطفال يفضلون الحلوى، أو ألعابا معينة، تدفعهم لممارسة السلوك الصحي، بينما بعضهم الآخر يفضل اللعب الجماعي أو نشاط اجتماعي يقومون به. ويعض المراهقين يفضلون أن يتم ممارسة السلوكيات الصحية من خلال أنشطة ترفيهية جماعية مع الأقران الذين يرغبون في التواصل معهم. وهنا دلائل تثبت أن تأثير المكافآت يختلف من سنة لأخرى لدى الشخص نفسه، ففي حين يفضل طفل الروضة النقود، واللعبة، إلا انه تغير مع دخول الطفل المدرسة . وقد أثبتت بعض النتائج أن المكافآت العينية تحسن الأداء حين يكون اهتمام الشخص ورغبته في السلوك منخفضة، ولكن مثل هذه المكافآت يمكنها أن تخفض من دافعية الشخص

للأداء حين يكون اهتمام الشخص ورغبته في السلوك عالية. من هنا فإن على برامج الصحة أن تدرس بتمعن وجهة نظر الأفراد الذين تطبق عليهم هذه البرامج، حول رغباتهم، واهتماماتهم فيما يتعلق بكل سلوك، وآثاره.

وهناك عدد من البرامج الصحية تم تطبيقها لتحسين الصحة عبر جلسات مختلفة، ولتحقيق عدد من الأهداف، وباستخدام طرق متعددة، وعلى أناس مختلفين. وسنتحدث عن عدد من هذه البرامج بدءاً برامج التعليم الصحية التي صممت لتعليم الأطفال والمراهقين العادات الصحية في المدارس (Darrow et al.,1987).

2- برامج تحسين الصحة لدى تلاميذ المدارس:

تمتلك المدارس الحكومية والخاصة فرص وإمكانات هامة لتحسين الصحة لدى طلابها. ففي الدول المتقدمة، جهود ممتازة، في تطبيق برامج تحسين الصحية واكتساب السلوك الوقائي لطلابها. التعليم الصحي المستند إلى المقررات المدرسية تمكن التلاميذ من تعلم السلوكيات الصحية لمارستها، والسلوكيات غير الصحية لتجنبها، ويمكن لهذه البرامج المدرسة أن تحقق فائدتين: الأولى، أن الأطفال حين يتعلمون ذلك، يتجنبون العادات غير الصحية في نفس الوقت الذي يكونون فيه على استعداد لممارسة أي شكل من أشكال السلوك (الصحي وغير الصحي) ويعني هذا أنه حين تقدم هذه البرامج في مرحلة مبكرة فإن الطفل يمتنع عن القيام بسلوكيات غير صحية، وذلك قبل أن تتشكل لديه. والفائدة الثانية، هي أن هؤلاء الأطفال يكتسبون العادات الصحية والوقائية منذ مراحل نموهم الأولى مما يساعد على تثبتها وممارستها طوال الحياة.

هل برامج التعليم الصحي المدرسية فعالة؟ بعضها أثبت فعاليته، فقد أجريت دراسة أمريكية على 22 مدرسة ابتدائية صممت مناهجها بحيث تشتمل على مبادئ التعليم الصحي الأساسية وخاصة فيما يتعلق بالتغذية، والأنشطة الرياضية،

والعناية الجسمية. وقد تم اختيار المدارس عشوائياً لدراسة السلوك الصحي لطلابها. وقد قسم طلاب هذه المدارس إلى مجموعتين، المجموعة الأولى، وهي التجريبية التي اشتملت مناهجها على برامج التعليم الصحي المشار إليها أعلاه، في حين تضمن المجموعة الثانية طلاب المدارس التي لم تشتمل مناهجها على برامج التعليم الصحي. وقد تبين أن طلاب المجموعة التجريبية قد مارسوا معظم أشكال السلوك الصحي والوقائي الذي تعلموه في المناهج فأظهروا تحسناً واضحاً في صحتهم من حيث: معدل ضربات القلب، وضغط الدم، والتنفس، ونسبة الكوليسترول، وذلك بالمقارنة مع طلاب المجموعة الضابطة الذين لم يدرسوا مثل هذه البرامج في مناهجهم. كما أظهرت نتائج دراسة أخرى أن سلوكيات الأمان والحفاظ على الصحة كانت أعلى لدى من تعلموا سلوك الأمان والصحة حين طبق عليهم 4 برامج تعليمية، مقارنة مع الذين لم يتلقوا مثل هذه البرامج التعليمية الصحية (Safarino,2001 ).

**برامج معدة لتحسين صحة العاملين:**

هناك اتجاه متزايد الانتشار في مجال تطوير برامج صحة العمال في مختلف البلدان وخاصة الصناعية منها. فقد أظهرت دراسة أمريكية أجريت على (1300) عامل في اكثر من 500 مؤسسة أو شركة، أن اثنين من كل ثلاثة قد اشاروا إلى أنهم يمارسون الأنشطة والسلوكيات الصحية التي تقدم لهم، وخاصة فيما يتعلق بعادات الطعام، والأنشطة البدنية. وتستخدم بعض هذه البرامج مكافآت وحوافز للعمال الذين يمارسون الأنشطة والسلوكيات الصحية والوقائية، مثل تخفيف الوزن، والإقلاع عن التدخين. وحين يقوم العمال بتطبيق هذه السلوكيات تقدم لهم مكافآت وحوافز مادية وعينية.

على الرغم من أن برامج تحسين الصحة للعمال تختلف من حيث أهدافها، إلا أنها جميعها تركز على عوامل الخطر التالية: ارتفاع ضغط الدم، التدخين، الغذاء غير الصحي، الوزن الزائد ومخاطره، عدم اللياقة البدنية، تناول الكحول، التعرض للضغوط الشديدة. عن جميع برامج الرعاية الصحية لدى العمال تركز

على مخاطر هذه العوامل ودورها في حدوث الأمراض المختلفة.وقد أثبتت هذه البرامج فعاليتها في اكتساب العمال السلوكيات الصحية، ونجاحها في تحسين الصحة. وسننظر إلى نوعين من أهم هذه البرامج التي أشار إليها اليكسي .( Alexy,1991)

2- 1- برنامج جونسون وجونسون Johnson & Johnson المعنون "العيش من أجل الحياة" يعتبر جونسون وجونسون من أشهر الباحثين الذين صمموا برامج لرعاية الصحية في أمريكا. وقد بدأ برنامجهما المعنون "العيش من أجل الحياة"، "Live for Life"، في عام 1978 باعتباره من أهم البرامج المصممة للعمال، والأكثر فعالية حتى الآن. وقد تم تطبيق هذا البرنامج على (31.000) عامل في مختلف المؤسسات والشركات العمالية في الولايات المتحدة الأمريكية، والذي هدف إلى مايلي: تطوير المعرفة الصحية للعمال، وتدريبهم على تدبر الضغوط النفسية المهنية، والتمرينات البدنية، وإيقاف التدخين، والتحكم بالوزن.

لقد بدأ البرنامج مع كل عامل مشارك بإجراء فرز صحي healthscreen يعتبر بمثابة تقييم تفصيلي للحالة الصحية للشخص، والسلوكيات المرتبطة بالصحة لديه. وبعد أن يخضع كل شخص إلى "سمينار" أو حلقة نقاش تتعلق بنمط الحياة الصحية، انضم كل منهم إلى حلقة نقاش أو مجموعة عمل work group من اجل تحسين الصحة تتناول كل منها مناقشة جانب أو موضوع صحي معين في مجالات مثل: مخاطر التدخين وكيفية الإقلاع عنه، التحكم بالوزن وكيفية ذلك. وكان المتخصصون الذين يقودون حلقة النقاش لدى كل مجموعة يركزون على الطرق والأساليب التي يمكن من خلالها اكتساب السلوك الصحي ونمط الحياة السليمة بحيث يستمر التحسن طوال الحياة. وقد تمت عملية تتبع حالة كل عامل لمدة عام. وكانت الشركة تعمل على إيجاد مناخ وبيئة عمل تناسب هذه البرامج، وتشجع على ممارسة السلوكيات الصحية التي يتناولونها بالنقاش والتدريب: مثلاً صممت بيئة العمل بحيث يمنع

التدخين في أماكن معينة، وتم بناء تقنيات وأجهزة لممارسة التمرينات البدنية، وكذلك توفر الغذاء المتنوع. وقد دفع تطبيق هذا البرنامج لمزيد من الدراسات، ومنها الدراسات شبه التجريبية التي هدفت لتقييم فعاليته في اكتساب السلوكيات الصحية لدى العمال وتحسين نمط حياتهم. وقد اثبتت معظم هذه الدراسات أن برنامج تحسين الصحية المسمى الحياة من أجل الحياة فعال في تحسين نمط الحياة الصحية لدى المشاركين فيه (Fielding,1990).

2- 1- برنامج "حافظ على سلامتك" المستند إلى معلومات التحكم بالذات:

ويستخدم هذا البرنامج المعلومات عن طريق الكمبيوتر بهدف الحفاظ على السلامة، وقد طبق منذ عام (1979) على العاملات من مختلف المستويات التعليمية، وفي مختلف المهن والمؤسسات، ويسعى لتحقيق نفس الأهداف التي شملها البرنامج السابق.

وقد تم البدء بهذا البرنامج وفق نفس الخطوات التي اعتمدت في البرنامج السابق، من حيث البدء بإجراء فرز وتقييم صحي لحالة كل عاملة، ثم إعطائهم معلومات عن عوامل الخطر والإصابة بالكثير من الأمراض مثل البدانة، والغذاء، والتمارين، وتدبر الضغوط النفسية، وأهمية اللياقة البدنية. ثم تدخل كل عاملة في مجموعة نقاش أو جماعة عمل يقودها مختص، يتناولون فيها موضوع معين: كالتنوع الغذائي وأهميته، أو التحكم بالوزن، مثلاً، وقد رافق ذلك تحسين البيئة الصحية للعاملات بحيث يمكن لهن ممارسة السلوكيات الصحية جميعها، مع توفير الأجهزة والأمكنة المناسبة لذلك، إضافة إلى تلقي كل واحدة منهن لدعم الاجتماعي من شخص آخر يساعد في تنفيذ السلوكيات الصحية.

وقد خضع البرنامج لدراسات هدفت بحث فعاليته في تحسين نمط حياة العاملات، وثبت أنه قد حسن من صحة العاملات وإكسابهن السلوكيات الصحية والوقائية المتنوعة وذلك بعد إجراء فحوص وتقييمات خاصة مثل ضغط الدم، والكوليسترول، إضافة إلى تقييم سلوكي اثبت تمكنهن من ممارسة سلوكيات تدبر الضغوط النفسية، والتحكم بالوزن (Jose & Anderson,1990).

برامج صحية مجتمعية "على مستوى المجتمع":

وهي البرامج المصممة لتحسين الحياة الصحية لجميع الناس وبمختلف فئاتهم، فهي ليست مصممة لفئة معينة كما هو الحال في البرامج السابقة. وتستخدم هذه البرامج جميع أو معظم الطرق السلوكية والصحية لتحقيق أغراضها. وتركز هذه البرامج على توعية الناس بمخاطر ارتفاع ضغط الدم، والتدخين، والإفراط في تناول الكحول، وسوء استعمال الأدوية، ومخاطر السمنة وغيرها .وتعتمد هذه البرامج على تقديم مكافآت ومعززات متنوعة للأشخاص الذين يعدلون سلوكهم غير الصحي ويكتسبون السلوك الصحي والوقائي، كتقديم مكافآت وجوائز تشجع على الاستمرار في ممارسة هذه السلوكيات.

المرحلة الأولى: ففي عام 1970 تم البدء ببرنامج ستانفورد للوقاية من أمراض القلب في الولايات المتحدة الأمريكية والذي يشتمل في حقيقته على عدة برامج فرعية هدفت إلى تعديل سلوك الخطر للإصابة بأمراض القلب وخاصة مرض الشريان التاجي للقلب. ومن أول هذه البرامج ما يسمى دراسة المجتمع الثلاثة ThreeCommunity Study. فقد تمت هذه الدراسة في البرنامج بغرض تقصي الوضع الصحي في المدن المتشابهة والتي تشتمل على عينة حجمها (14.000) شخص في كارولينا الشمالية. وقد كانت مدينتين متماثلتين في محطاتها التلفزيونية والإذاعية، وعرض فيها نفس البرامج الإعلامية. أما المدينة الثالثة فكانت بمثابة الضابطة التي عزلت عن المدن الأخرى فيما يتعلق بالبرامج الإعلامية الصحية. وقد تم دراسة سكان المدينتين خلال سنتين. وقد تم دراسة اشخاص تتراوح أعمارهم بين 35 إلى 59 سنة من الذكور والإناث في كل مدينة من هذه المدن. كما استخدمت المقابلة الشخصية لتقييم الوضع الصحي وخاصة ضغط الدم، وضربات القلب، والكوليسترول. والأشخاص الذين هم أكثر عرضة لمخاطر مرض القلب وخاصة الشريان التاجي تم التعرف عليهم وتقييمهم في هذه المقابلات إضافة إلى تقييم ضغط الدم، ومعدل الكوليسترول، والوزن، والعمر والتدخين وغيرها من المتغيرات.

وبعد تقديم البرامج الصحية، والإرشاد الصحي الفردي وجهاً لوجه، تبين تحسن السلوك الصحي لدى سكان المدينتين المتشابهتين التي خضع أفردها للبرامج الصحية، وذلك مقارنة بسكان المدينة الضابطة التي لم يتلقى أفرادها مثل هذا البرنامج.

وقد أجريت دراسات مماثلة في بلدان أخرى مثل فنلندا، وأظهرت نتائج مشابهة من حيث تحسين نمط الحياة الصحية والسلوك الصحي لدى السكان.

المرحلة الثانية: لقد دفعت هذه الدراسة، الباحثين إلى تطبيق البرامج الصحية للوقاية من أمراض القلب وخاصة الشريان التاجي، حيث ركزت على أربعة موضوعات:

1) برنامج مينيسوتا لصحة القلب وسلامته TheMinnesota Heart Health Program الذي طبق على (350.0000) شخصاً في المدن والمناطق الوسطى والغربية .
2) برنامج باوتكيت لحفاظ على سلامة القلب ThePawtucketHeartHealth project، وطبق في مدن نيو انغلاند وذلك على عينة مؤلفة من (170.000) شخصاً.
3) برنامج تحسين الصحة لسكان بنسلفانيا The Pennsylvania County Health Improvement Program طبق في مناطق بنسلفانيا على عينة حجمها (220.000) شخصاً.
4) برنامج ستانفورد للمدن الخمسة The Stanford Five City project الذي طبق على سكان خمس مدن في بنسلفانيا عدد افرادها (350.000) شخصاً.

تضمن كل برنامج من هذه البرامج الأربعة عدة سنوات من إجراءات التدخل والتقييم باستخدام وسائل الإعلام، والمقابلات الشخصية والإكلينيكية والتي تقدمها المراكز الصحية المنتشرة في كل منها. وقد اشتملت على تقديم معلومات صحية متنوعة تشجع على ممارسة العديد من الأنشطة الصحية التي ذكرناها سابقا .وقد ثبتت فعالية هذه البرامج في خفض عوامل الخطر للإصابة بأمراض القلب، وتحسين الحالة الصحية لسكان هذه المدن بدرجة كبيرة .( Darrow et al.,1987)

## رابعاً: الوقاية من مرض معين: الإيدز نموذجاً:

تركز برامج الوقاية أحياناً على منع أو خفض عوامل الخطر التي تؤدي إلى حدوث مرض ما أو تطوره لدى الناس، ويتم تقديمها إلى أناس معينين تزداد لديهم عوامل الخطورة أو الإصابة. ومن بين هذه البرامج "تجريب التدخل لعوامل الخطر المتعددة" Multiple RiskFactor Intervention Trial، "MRFIP"، الذي يشتمل على برامج لتحسين الصحة لدى آلاف الأزواج في الولايات المتحدة الأمريكية، والذين تزداد لديهم عوامل الخطورة والإصابة بأمراض القلب. والنموذج الآخر لبرامج الوقاية، هو الجهود المبذولة لخفض انتشار أعراض نقص المناعة المكتسب "الإيدز" acquired immune deficiency syndrome (AIDS)، وهو من الأمراض غير القابلة للشفاء.سنركز في هذا الجزء على الجهود الوقائية المبذولة لمنع أو الوقاية من الإيدز، ومسبباته.

1. عدوى الإيدز HIV : يسبب انتشار الإيدز تهديداً كبيراً لمختلف دول العالم كما وضحت منظمة الصحة العالمية، والتي قدرت أن (17.000.000) شخصاً في مختلف دول العالم مصابين بعدوى المرض (HIV )، وذلك وفق إحصائيات عالم (1990)، وأن (40.000.000) سيتعرضون لعدوى الإصابة بهذا المرض في عام (2000). وقد ذكرت أكثر من (160) دولة أنها تعاني من انتشار المرض بين سكانها، ولكن العدوى لم تتوزع في انتشارها في جميع دول العالم. فنسبة انتشار العدوى بالمرض، يختلف من بلد لآخر. ولكن أكثر البلدان تعرضاً لعدوى المرض وانتشاره هو قارة أفريقيا، كما تأتي في المرتبة الثانية بلدان آسيا وأمريكا الجنوبية. أما في الولايات المتحدة الأمريكية فيقدر على المصابين بعدوى المرض بمليون شخص، وأنه أحد مسببات الموت الرئيسية لدى السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 25- 44 عاماً، وما تزال الجهود الطبية مستمرة من أجل وضع برامج علاجية وعقاقير للشفاء من المرض .من هنا لا يوجد عقار أو دواء معين مضاد للفيروس (HIV)، كما لا يبدو ذلك قريب المنال في المستقبل القريب. وتنتقل عدوى الإصابة عن طريق التواصل

والاحتكاك بين الأشخاص المصابين وخاصة من خلال الاتصال الجنسي، أو عن طريق استعمال الإبر التي يستخدمها المصاب. وتزداد إمكانية انتقال العدوى إذا كان الشخص مصاب بجرح معين أو ورم من شخص آخر تم الاتصال به جنسياً، مثل مرض السفلس. والأمهات المصابات بالعدوى ينقلن الفيروس إلى مواليدهن خلال مرحلة الحمل، والولادة أو من خلال عملية الرضاعة.

ويعتبر تغيير العادات السلوكية لناس من أهم البرامج التي يجب التركيز عليها لوقاية من المرض. من هنا فقد ركزت الجهود الصحية في مختلف الدول على برامج التدخل الوقائي التي تعتمد طريقة تحذير الناس من خلال تحريض الخوف لديهم، وكذلك طريقة تقديم المعلومات (راجع طرق تحسين الصحة في هذا الفصل). ومثل هذه الطرق تسعى لتصحيح فهم الناس وإدراكهم لحقيقة انتقال العدوى بالفيروس، وأن السلوكيات الجنسية المنحرفة (كالجنسية المثلية)، واستعمال الأدوات الطبية، تعتبر من أهم الطرق لانتقال العدوى. فقد بينت عدة دراسات أن معظم اللوطيين والسحاقيات يعانون من العدوى، وأن الذين يتعاملون مع مرضى الإيدز معرضين للإصابة بالعدوى. من جهة أخرى فإن الغالبية العظمى من ضحايا الإيدز هم من المنحرفين جنسياً (الجنسية المثلية وخاصة اللواط)، وذلك لأن السلوك الجنسي الذي يمارسه هؤلاء مع بعضهم يتم من فتحة الشرج، الذي يزيد من خطر انتقال العدوى بالفيروس (Darrowetal.,1987)، من جهة أخرى، وعلى الرغم من أن السحاقيات تعرضن لانتقال العدوى بينهن، إلا أن غالبية ضحايا المرض في أفريقيا هم من أصحاب الجنسية المثلية عموماً (لواط وسحاق). ويجب الإشارة إلى أن الشذوذ الجنسي ليس هو الطريق الوحيد لانتقال العدوى، بل كثيراً ما ينتقل من خلال المنحرفين تحت تأثير العقاقير والكحول.

2. الجهود الوقائية لمنع انتقال فيروس الإيدز HIV : لقد بذلت جهود كبيرة في مختلف دول العالم لمنع انتقال عدوى الإيدز، ففي الولايات المتحدة الأمريكية تقدم وسائل الإعلام باستمرار برامج وقائية مستخدمة طريقتي التحذير عن طريق إثارة الخوف لدى الناس، وتقديم المعلومات الدقيقة لهم، بشكل يومي.

كما أن المؤسسات الصحية تقدم مواد ومعلومات توعوية وتثقيفية لجميع الناس وبمختلف فئاتهم وأماكن عملهم للوقاية من المرض. كما تتضمن نصح الناس على عدم ممارسة الجنس خارج نطاق العلاقات الطبيعية والزوجية. ومن بين الأساليب التي ينصح بها في إجراءات الوقاية ما يلي:

- ممارسة الجنس "الآمن" عن طريق اختيار الشريك بعناية، وتجنب استخدام أشياء تابعة لشخص مصاب.
- لا تستخدم إبر أو حقنة استعملت سابقاً، ويجب تعقيم الأدوات الطبية جيداً.
- النساء اللواتي انتقلت إليهن العدوى من خلال ممارسات جنسية أن استعمال أدوات ناقلة للفيروس يجب إجراء فحص وتحليل للدم قبل أن تحمل إذا كانت تسعى للحمل، وإذا أظهرت نتيجة التحليل أن المرأة مصابة فيجب أن تجنب الحمل.

لقد قدمت الكثير منم المعلومات من خلال إثارة الخوف لدى الناس. والسؤال الآن هو التالي: "هل يمكن للمعلومات التي نقدمها للناس أن تغير من اتجاهاتهم وسلوكياتهم ؟" لقد اتجهت جهود الرعاية الصحية نحو السلوكيات الجنسية، واستعمال الأدوات التي تنقل العدوى، ومن جهة أخرى فقد تم التركيز على فئات معينة من الناس هم الأكثر عرضة لمخاطر العدوى وإنتقالها وهم فئة المراهقين والأشخاص في مرحلة الرشد الأولى الذين هم أكثر ممارسة للسلوكيات الجنسية وإستعمال الأدوية والعقاقير.وقد تبين أن معرفة هؤلاء بالإيدز وعدوى الإصابة بالفيروس HIV قد تحسنت في السنوات الأخيرة من خلال تقديم البرامج الوقائية التي اعتمدت طريقتي التحذير بإثارة الخوف، وتقديم المعلومات الصحية. ومع ذلك فإن سلوك نسبة من المراهقين لم يتغير نتيجة هذه البرامج مما جعلهم أكثر عرضة للعدوى (Hernandez & Smith,1990).فبعض المراهقين لم يتخذوا الاحتياطات الوقائية وذلك لعدم اعتقادهم بأهميتها في منع انتقال العدوى.

من أهم الجهود الوقائية التي بذلت من أجل منع انتقال العدوى، هي عن طريق تعديل السلوكيات الجنسية لدى الناس وخاصة لدى المنحرفين جنسياً (أصحاب الجنسية المثلية، واللوطيين خاصة)، ويعود ذلك إلى أن العديد من المنظمات الدينية والسياسية والاجتماعية قد وجدت ولعبت دورها قبل وجود هذا المرض، فاستمرت هذه المؤسسات بتقديم النصح والمعلومات الهادفة إلى منع انتقال العدوى.وقد أظهرت العديد من الدراسات أن تأثير هذه المؤسسات الاجتماعية والدينية والصحية قد لعبت دوراً مهماً جداً في خفض معدل انتشار الإصابة وخاصة لدى المنحرفين جنسياً الذين غيروا من سلوكياتهم الجنسية (Coates,1990).

3. جعل برامج الوقاية من عدوى الإيدز أكثر فعالية:

لقد بينت نتائج بعض الدراسات أن برامج الوقاية السابقة لم تكن فعالة بدرجة كبيرة لدى جميع الناس في خفض مخاطر انتقال عدوى الإيدز HIV فعوامل الخطر لدى الكثير من ممارسي السلوكيات الجنسية الشاذة لم يتغير، فقد تبين أن (40٪) من الذين انتقلت عدوى الإصابة لديهم هم من الجنسيين المثليين، ومن مستعملي أدوات ومواد ناقلة للعدوى. فلماذا يستعمل الناس عوامل الخطر هذه؟ يعود السبب إلى المعتقدات غير الصحيحة لدى هؤلاء الناس عن الكفاءة الذاتية المنخفضة لديهم، وعن خطر العدوى، وبعضهم الآخر عن المتعة الجنسية التي يحققونها من خلال السلوكيات المنحرفة. من جهة أخرى قد تكون المعتقدات صحيحة إلا أن سلوكياتهم تعارض معتقداتهم فيقول أحدهم "اعرف ما تقوله تماماً، ولكن....."، "إنني أعي ما تقول، ولكن في حالتي ....".

فالبرامج الوقائية لخفض انتقال العدوى حققت نتائج مساعدة ومهمة في مثل هذه الحالات، لأنها قد تجعل من معتقدات الناس أكثر قوة وفعالية وثباتاً، كما توضح طرق الوقاية السليمة التي تعزز دافعية الشخص لاتباعها. ومن الإجراءات المهمة لجعل برامج الوقاية أكثر فعالية:

1. تقديم برامج مخصصة لتلبية حاجات فئات ثقافية اجتماعية معينة تنتشر بينها العدوى
2. التأكيد على برامج التدريب وتعلم المهارات التي يحتاجها الفرد لمقاومة السلوك الجنسي الشاذ.
3. التأكد من أن التدريب على المهارات سيرفع من مستوى الكفاءة الذاتية لدى الشخص وقدرته على التحكم بذاته، أثناء مراحل التغيير.
4. على المدراء والمسؤولين في مختلف المؤسسات والشركات أن يقدموا المعلومات والمهارات الصحية اللازمة للوقاية من المرض والحفاظ على السلوك الصحي السليم.

وما نزال بحاجة لمزيد من الجهود الوقائية التي يجب تقديمها لفئات معينة يبدو أن عدوى الإصابة بفيروس الإيدز أكثر انتشاراً بينها، حيث تبين أن العدوى تنتشر كثيراً بين السكان ذوي الأصل الإفريقي في الولايات المتحدة الأمريكية، وبين المراهقين من فئات المجتمع أكثر من انتشارها لدى الفئات الأخرى (Coates,1990).

**خامساً: خلاصة:**

إن لسلوك الناس دوراً مؤثراً ومهماً في صحتهم، والكثير من الأسباب المؤدية للموت يمكن تخطيها إذا عدلنا من سلوكيات الناس المرتبطة بالصحة: كالتدخين، وعادات الغذاء، والحركة، وتناول الكحول..الخ . وبالرغم من أن السلوكيات المتعلقة بالصحة لدى بعض الناس ثابتة وغير قابلة للتعديل مع الزمن، فإن العادة هي أكثر السلوكيات ثباتاً ومقاومة للتغيير (مثل عادة التدخين). من هنا تصبح الكثير من السلوكيات المتعلقة بالصحة لدى الناس بمثابة عادات يقوم بها الشخص آلياً.

ويمكن تغيير المشكلات الصحية من خلال ثلاثة مستويات للوقاية: الأولى، وهي الوقاية الأولية التي تهدف إلى منع حدوث عوامل الخطر أو عوامل المرض، والثانية، هي الوقاية الثانوية، وهي الإجراءات التي تقدم حين تبدأ أعراض الإصابة أو المرض بالوجود، مما يمنع من تعقد الحالة وتأزمها، والثالثة، وهي الوقاية من الدرجة الثالثة، وهي الإجراءات التي نقدمها بعد تأزم الحالة أو الإصابة وبعد حدوث العجز، من أجل أن ندرب الشخص على امتلاك مهارات التكيف مع حالته وإصابته، فهي بمثابة تأهيل له بعد الإصابة.

ويكتسب الناس السلوكيات المرتبطة بالصحة من خلال التعلم الاجتماعي عن طريق ملاحظة هذه السلوكيات لدى الآخرين وتقليدهم لها، باعتبارها تمثل نموذجاً لهم. وحين تتشكل هذه السلوكيات تتعزز ويتم دعمه من خلال نتائجها المرضية (تعزيز) أو إشباعها لحاجة ما لدى الشخص، كما يمكن إيقافها ومنعها من خلال العقاب، أو فشلها في تحقيق الرضا .ومن المحددات المهمة المؤثرة في السلوك الصحي: العوامل الوراثية أو الجينية، والاجتماعية، والانفعالية، والمعرفية .إن الأخطاء في إدراك الناس وفهمهم للأعراض هي التي تؤدي بهم المشكلات الصحية، فحين يسوء فهم الشخص للأعراض أو تفسيره لها، يتجه بسلوكه نحو المرض.من هنا فإن تفكير الناس ومعتقداتهم (وخاصة غير العقلانية) حول كل من الصحة والمرض هي التي تدفعهم لاتباع سلوكيات غير صحية تؤدي بهم إلى المرض. وتلعب عوامل مثل: جنس الشخص، وعمره وخلفيته الثقافية والاجتماعية دوراً في تحديد السلوك المرتبط بالصحة لديه، والتي يجب أخذها بالاعتبار حين تصميم برامج تحسين الصحة. ومن الطرق التي تعتمدها برامج تحسين الصحة، طريقة التحذير بإثارة الخوف لدى الناس، مما يحرك دافعيتهم لعدم ممارسة السلوك غير الصحي. وهناك الطرق السلوكية، وطريقة تقديم المعلومات. وقد وضعت برامج لتحسين الصحة لدى طلاب المدارس، وأخرى لتحسين صحة العمال، وثالثة لتحسين صحة الناس عامة بمختلف مستوياتهم وفئاتهم من خلال المؤسسات الصحية والاجتماعية. وقد عرضنا نموذجاً لبرامج التدخل الوقائي، الذي يستهدف منع انتشار العدوى بفيروس الإيدز HIV والنتائج التي تمخض عنها هذا البرنامج.

# المصادر والمراجع

## المراجع العربية:


- إقبال مخلوف (1991) العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية: اتجاهات تطبيقية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- العارف بالله محمد الغندور (1999). أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة " دراسة نظرية". المؤتمر الدولي السادس، مركز الإرشاد النفسي، بجامعة عين شمس (10 – 12 نوفمبر، 1999)، ص ص 1 – 120.
- دوريات علم نفس الصحة Health Psychology Journal
- البحيري، عبد الرقيب (1984). قائمة مراجعة الأعراض (ط1). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- بقاعي، هيفاء (2004). اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية، النسخة الثانية. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، المجلد الثاني. العدد (1): ص ص 1 – 28.
- الحاج، فائز (1401هـ). مقياس توهم المرض في اختبار الشخصية متعدد الأوجه. المدينة: مطبعة المدينة المنورة.
- الخميس، خالد (2001). اساسيات علم النفس العصبي ، الرياض: دار الزهراء.
- رضوان، سامر، وريشكة، كونراد (2005). السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة. دراسة مقارنة موقع الويب: File:\\C Documentsand setting Administrator
- زيور، مصطفى (1986). في النفس: بحوث مجمعة في التحليل النفسي. بيروت: دار النهضة العربية.

- سويف، مصطفى (2005). مشكلات منهجية في علم النفس العيادي. القاهرة.
- شقير، زينب (1999). دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوي اضطرابات الأكل من طلاب الجامعة. المؤتمر الدولي السادس (10 – 12 نوفمبر)، مركز الإرشاد النفسي، بجامعة عين شمس. 761 – 785.
- الشقيرات، محمد عبد الرحمن، والمجالي، سلوى (2003). الخصائص النفس عصبية لمرضى متلازمة تهيج القولون العصبي. مجلة العلوم التربية والنفسية، البحرين. المجلد الرابع، العدد (4)، ص ص 1 – 78.
- الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. (1994). الإرشاد المدرسي. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. (2007). الإرشاد المهني. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- الشيخ حمود، محمد، و عبد الله، محمد قاسم. (2010). علم النفس الطبي. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- الشيخ حمود، محمد عبد الحميد و ناصر، عائشة و جمل، محمد جهاد. (2011). الإرشاد المدرسي(2). دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- الشيخ حمود، محمد عبد الحميد وناصر، عائشة أحمد. (2012). الإرشاد المدرسي(1). دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. والعمّار، خالد يوسف. (2012). الإرشاد المدرسي لطلاب معلم صف. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. والزعبي، أحمد. (2012). مشكلات الأطفال والمراهقين. دمشق: منشورات جامعة دمشق.

- الشيخ حمود، محمد عبد الحميد. والعمّار، خالد يوسف. (2013). الإرشاد التربوي في رياض الأطفال . دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- الطويل، عثمان عبد الله(ب.ت) الصيغة المختصرة لاختبار الشخصية متعدد الأوجه. تقنين على بيئة سعودية. أبها : مستشفى الصحة النفسية.
- عبدالله، محمد قاسم (1996).الألم ومرضى الألم: منظور علم النفس العصبي. مجلة الفكر العربي، العدد (84)، ص ص 72 – 81.
- عبدالله، محمد قاسم (2001) . مدخل إلى الصحة النفسية. عمان: دار الفكر.
- عكاشة، أحمد (2001). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: الأنجلو مصرية.
- غدنز، انتوني (2005). علم الاجتماع (ترجمة فائز الصياغ). المنظمة العربية للترجمة، بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية.
- الغندور، العارف بالله محمد (1999). أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة" دراسة نظرية". المؤتمر الدولي السادس، مركز الإرشاد النفسي، بجامعة عين شمس (10 – 12 نوفمبر، 1999)، ص ص 1 – 120.
- فرج، صفوت (1980). القياس النفسي (ط1). القاهرة: دار الفكر العربي.
- مليكة، لويس (1983). علم النفس الإكلينيكي : تقييم القدرات.القاهرة: الأنجلو مصرية.

- مخلوف، إقبال (1991) العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية: اتجاهات تطبيقية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- ميلزاك، رونالد (1999). الأطراف الشبحية (ترجمة محمد شحادة آغا، ومحمد صالح السعيد)، مجلة العلوم، المجلد (15)، العددان (2\3)، ص ص 62 – 70.
- يخلف، عثمان (2001). علم نفس الصحة. الدوحة: دار الثقافة.

## ثانياً: المراجع الأجنبية


- Becker, M. & Rosenstock, I (1984). Compliance with medical advice. Health care and Human Behavior, London: Academic Press
- Baum, A. (1990). Stress, intrusive imagery and chronic disease , Health Psychology, 9, 653 – 675.
- Edward P. Sarafino (2001). Health Psychology: BioPsychoSocial Interactions. New York: Wiley & Sons, INC.
- Cohn,L. Macfarlane,S., Yanez, C. & Imai, W. (1995). Risk – perception: Differences between adolescents and adults, Health psychology, 14, 217 – 222
- Compas,B. Worsham,N. & Howell,D. (1996). When mom or dad has cancer : coping , cognitive appraisals . Health psychology, 15, 167 – 176.
- Antonovesky,A.(1987). Understanding the mastery of health; How people manage stress and stay well. San Francisco ; Jossey – Bass.
- Ashton,H. & Stepney,R. (1987). Smoking psychology and Pharmacology. London; Tavistock.
- Attanasio,V. Andrasik, F. Burke, E. & Blake, D.(1985).Clinical Issues in utilizing biofeedback with children. Clinical Biofeedback and Health, 8,134 – 141.
- Bagozzi, R. (1981). Attitudes, intentions and behavior; A test of some key hypothesis , Journal of personality and social Psychology, 41, 606 – 627.
- Bandura, A.(1986). Social foundation of thought and action; Social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall.
- Barber,J. (1986). Hypnotic analgesia. health, Pain Management, New York; Pegamon.

- Baum, A. (1990). Stress, intrusive imagery and chronic disease , Health Psychology, 9, 653 – 675.
- Becker, M. & Rosenstock, I (1984). Compliance with medical advice . Health care and Human Behavior, London: Academic Press.
- Bennett, E. (1989). Weight – loss practices of overweight adults. American Journal of Clinical Nutrition,53, 1519 – 1521.
- Berkman , L. Syme, S. (1979). The role of social relations in health promotion . Psychosomatic Medicine, 57, 245 – 256.
- Berkman, L. (1995). Social network, host resistance and mortality. American Journal of Epidmiology, 109, 186 – 204.
- Billings, A., G. & Moos, R.(1981).The role of coping responses and social resources in attenuating stress of life events. Journal of Behavioral Medicine , 4 139 – 157.
- Chapman,S. L. (1991). Chronic pain, Annual of Behavioral Medicine, 7(3), 21 – 24.
- Chilcoat, H., Dishion, T. & Anthony.(1995). Parent monitoring and the incidence of drug sampling in urban elementary school children, American Journal of Epidemiology, 141, 25 – 31.
- Cinciripini ,P. Cinciripini, L., Wall, E. & Van Vunakis, H. (1996). Behavioral therapy and the transdermal nicotine patch. Journal of Counseling and Clinical Psychology, 64, 314 – 323.
- Cinciripini,P. & Floreen, A. (1982). An evaluation of behavioral program for chronic pain, Journal of Behavioral Medicine, 5, 375 – 389.
- Ciraulo,D. & renner, J. (1991). Alcoholism , In: D. Ciraulo & Shader , Clinical manual of chemical dependence .Washington ,DC; American Psychiatric Press.

- Cleeland,C., Gonin, R. Hatfield,A. & Pandya,J. (1994). Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer, New England Journal of medicine, 330, 592 – 596.
- Gluss,P. Epstein,H. (1985). The measurement of medical compliance in the treatment of disease, Measurement Strategies in Health psychology, New York: Wiley.
- Coates, T. (1990). Strategies of modifying sexual behavior for primary and secondary prevention of HIV disease. Journal of counseling and Clinical Psychology. 58, 75 – 69.
- Cohen F. & Lazarus, R. (1979). Coping and adaptation in health and illness, Handbook of Health, Health care, and health profession. New York; free Press.
- Cohn,L. Macfarlane,S., Yanez, C. & Imai, W. (1995). Risk – perception: Differences between adolescents and adults, Health psychology, 14, 217 – 222.
- Compas,B. Worsham,N. & Howell,D. (1996). When mom or dad has cancer : coping , cognitive appraisals . Health psychology, 15, 167 – 176.
- Contrada, R. & Krantz, D. (1988). Stress, reactivity and type A behavior, Annual of Personality and Social psychology, 57, 895 – 904.
- Cooper,K. (1988). Controlling cholesterol. New York; Bantam.
- Cottington,E & House (1987). Occupational stress and health. Handbook of Psychology and Health (5), Hillsdale, Nj: Erlbaum.
- Derogatis,L. (1986). The psychological adjustment to illness scale (PAIS). Journal of Psychosomatic research, 30, 77 – 91.
- Deshields,T. Carmin,C., Ross,L. & Mannen, K. (1995). Diagnosis of psychological disorders in primary care patients by medicine residents. Paper presented at the meeting of the society of behavioral medicine ,San Diego.

- Ellis,A. (1987). The impossibility of achieving consistently good mental health. American Psychologist,42, 364 – 375.
- Evans,R.L., Hendricks,R.& Baldwin, D. (1992). The family role in stroke rehabilitation, American Journal of Physical Medicine and rehabilitation,71, 134 – 139.
- Everson,S. (1996). Hopelessness and risk mortality and incidence of myocardial infraction and cancer, Psychosomatic Medicine,58, 113 – 121.
- Fielding,J. (1990). The challenges of the work – place health promotion ,In S. Weiss; Perspective in Behavioral Medicine ; health at work ,Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Flor, H. & Birbaumer,N. (1993). Comparison of efficacy of electromyography biofeedback, cognitive behavioral therapy and constructive medical intervention in treatment of chronic musculoskeletal pain. Journal of Counseling and Clinical psychology,61, 653 – 685.
- Fordyce,W. (1976). Behavioral methods for chronic pain and illness. Louis; Mosby.
- Freeman,A. (1990). Cognitive therapy ,In: S. Bellack; handbook of comparative treatment for adult disorders. Now York: Wiley.
- Friedman,M. & Rosenman,A. (1974).Type one behavior and your heart, New York: Knopf.
- Friedman,R. , Sobel,D., Myers,P., & Benson,H. (1995). Behavioral medicine, clinical health psychology and cost offset. Health Psychology,14, 509 – 518.
- Gannon,L. Haynes,N., Cuevas,J. & Chavez,R. (1987). Psychophysiological correlates of induced headache. Journal of Behavioral Medicinne,10, 411 – 423.
- Garmezy, N. (1983). Stressors of the childhood, stress and coping  and development in children, New York; McGraw – Hill.

- Gatchel,R., Mayer,T. & Barnett, J.(1986). Milon Behavioral Health Inventory. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,67, 878 – 882.
- Gaziano,J., Buring,J. Breslow,J. & Hennek,C.(1993). Moderate alcohol in take , increased level of high density lipoprotein and risk myocardial infraction. New England Journal of medicine,329, 1829 – 1834.
- Gil,M., Keefe, F. & Sampson,H. (1988). Direct observation of scratching behavior in children with atopic dermatitis, Behavior Therapy,19, 213 – 226.
- Glaser,R., Thorn, B., Tarr,K. & Dambrosio,S. (1985). Effects of stress on methyltransferrase synthesis. Health Psychology,4, 403 – 412.
- Goffman,E. (1961).Asylums. Garden City NY; Doubleday.
- Golwater,B. & Collis,M. (1985). Psychologic effects of cardiovascular conditioning; Psychosomatic Medicine,46, 173 – 181.
- Greenglass,E. & Noguchi,K. (1996). Longevity, gender and health. Paper presented at the meeting of the international of Society of Health psychology in Montreal.
- Guck,T, Skultety,F. & Dowd, E. (1985). Multidisciplinary pain center follow – up study, Pain. 21, 259 – 306.
- Hall,T. (1990). After AIDS diagnosis. New York Times, pp 1 – 20.
- Harris,D. & Guten, S. (1979). Health protective behavior: An exploratory study, Journal of Health and Social Behavior,20, 17 – 28.
- Harvey,P. (2000). Lead and children health – recent research and future questions. Journal of Child and Psychology and Psychiatry, 24, 517 – 522.
- Haser,W. & Hesdorffer,D. (1990). Facts about epilepsy. Landover,MD; Epilepsy Foundation of America.
- Hayes, R. (1994). The impacts of patient adherence on health outcomes for patients with chronic disease in medical outcomes study, Journal of Behavioral Medicine,17, 347 – 360.

- Hernandez, K. & Smith, F. (1990). Inconsistencies and misinterperceptions putting college students at risk of HIV infection. Journal of Adolescent Health Care, 11, 295 – 297.
- Hilgard, E. & Hilgard, J. (1983). Hypnosis in the relief of pain , Los Altos,CA: Kaufman.
- Hinton,P. (1984). Coping with terminals illness. The experience of illness. London: Tailstocks.
- Hull,J. & Bond, C. (1986). Social and behavioral consequences of alcohol consumption and expectancy, Psychological Bulletin,99, 347 – 360.
- Huszti,H. & Walker, C. (1991). Critical issues on consultation and liaison. In; J. Sweet, Handbook of clinical psychology in medical selling, New York: plenum.
- Izard, C. (1979). Emotions as motivations, Nebraska Symposium on Motivation, (Vol, 27). University of Nebraska Press.
- Jessor,R. 91984). Adolescent development and behavioral health, In: D. Miller: Handbook of Health Enhancement and disease prevention, New York, Academic press.
- Johnson,J. (1986). Life events as stressors in childhood and adolescence, Newbury Park,C A: Sage.
- Joes,R. (1991). Tobacco. In: D. Ciraulo: Clinical Manual of chemical dependence . Washington,DC: American psychiatric Press.
- Kanner,R. (1986). Pain management . Journal of the American Medical Association,256, 2110 – 2112.
- Kaplan, M. (1994). The Ziggy theorem;, Health psychology, 13, 451 – 460.
- Kaplan M. & Simon,H. (1991). Compliance in medical settings, Annual of Behavioral Medicine ,17, 66 – 71.

Kempe,C. (1976). Child abuse and neglect, In: Talbot; Raising children in modern America. Boston: little Brown.

- Lave,J. (1989). The effects of Medicare prospective payment system. In: L. Breslow; Continuing disability of patients with chest pain. Annual review of public health ,Palo Alto.
- Lazarus,R. S. & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. Handbook of behavioral medicine, New York; Guilford.
- Leahey,T. (1987). A history of psychology; Main currents in psychological thought , Englewood Cliffs.
- Levanson,R. (1986). Alcohol reactivity and the heart, In;K. Mathews, Handbook of stress. New York: Wiley.
- Leventhal,H. & Cleary,P. (1988). The smoking problem. Psychosomatic Bulletin,88, 370 – 405.
- Lonetto, R. (1980) Children conception of death, New York: Springer.
- Lorber,J. (1975). Good patient and problems patients. Journal of health and Social Behavior,16, 213 – 225.
- Lusccombe,F. (2000). Health related quality of life and associated psychosocial factors in irritable bowel syndrome. Quality of Life research, 9, (2), 161 – 178.
- Lynch, J. (1990). The broken heart; In R. Ornstien, The healing brain. New York: Guilford.
- Mai,M. (1990). Psychiatric aspects of HIV – 1 Infection and AIDS. Psychological medicine,20, 129 – 130.
- Manuck,S,(1994). Cardiovascular activity, International Journal of Behavioral medicine,1, 2 – 31.
- Marx, M. (& Hilliz, A. (1963). Systems and theories in psychology, New York; McGraw – Hill.
- Masand,P. ; Kaplan, D. & Bhandary,A. (1997). Irritable bowel syndrome and dysthymia.Psychosomatics,38 (1).63 – 69.
- Maslach,H. & Jackson, S. (1982). Burnout in health professions; A social psychological analysis. In: S.

Sandres, Social psychology of Health and Illness, Hillsdale, NJ: Erlbuam.

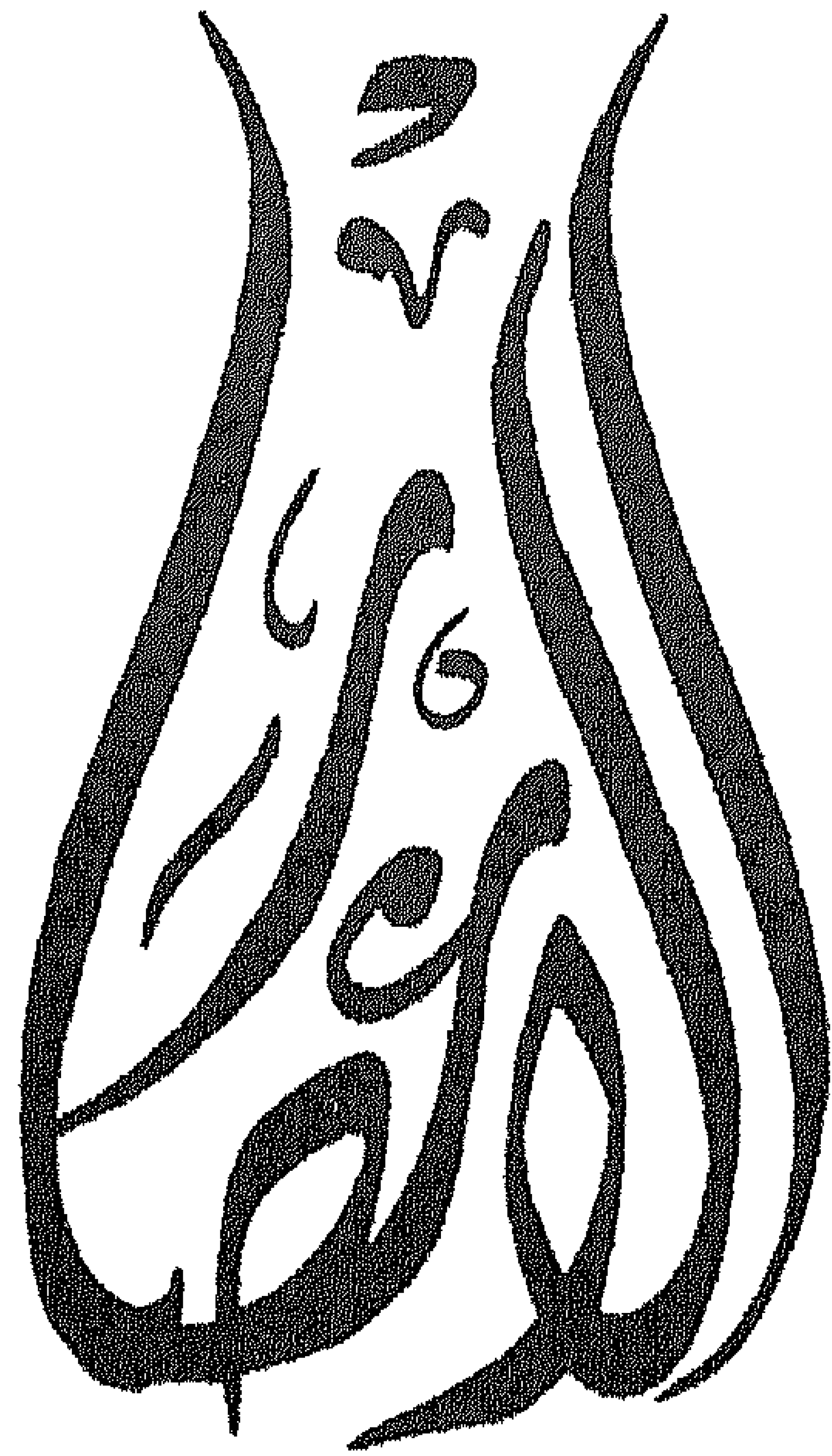
- Matarazzo, J. (1982). Behavioral heaths challenges to academic , scientific and professional psychology, American Psychologist, 37, 1014.
- McCaul,K., D. Monson, N., & Maki, R. (1992). Does distraction reduce pain produced distress among college students. Health Psychology, 11, 210 – 218.
- Melamed,B. Bush,J. (1985). Family factors in children with acute illness, In: D. Turk; Health Illness and families. New York: Wiley.
- Melzack,R. & Wall, P. (1982). The challenges of pain. New York: Basic Books.
- Michela,J. (1987). Interpersonal and individual impacts of a husbands heart attack. In: A. Buam: Handbook of psychology and health, New York, Erlbuam.
- Miller,B. & Wood,B. (1994). Psychophysiologic reactivity in asthmatic ahildren. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry , 33, 1230 – 1245.
- Miller,S. (2000). Controllability and human stress. Behavior Research and Therapy, 17, 287 – 305.
- Millon,T., Green, C. & Meagher,R. (1982). Millon Behavioral Health Inventory Manual . Minneapolis: National Computer system.
- Morrell,R., Park,D., Kidderm, D. (1995). Hypertension and medication adherence across the life span. Paper presented at the meeting of society of behavioral medicine. San Francisco.
- Moser,D. & Dracup, K. (1996). Is anxiety early after myocardial infraction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? Psychosomatic Medicine, 58, 395 – 401.

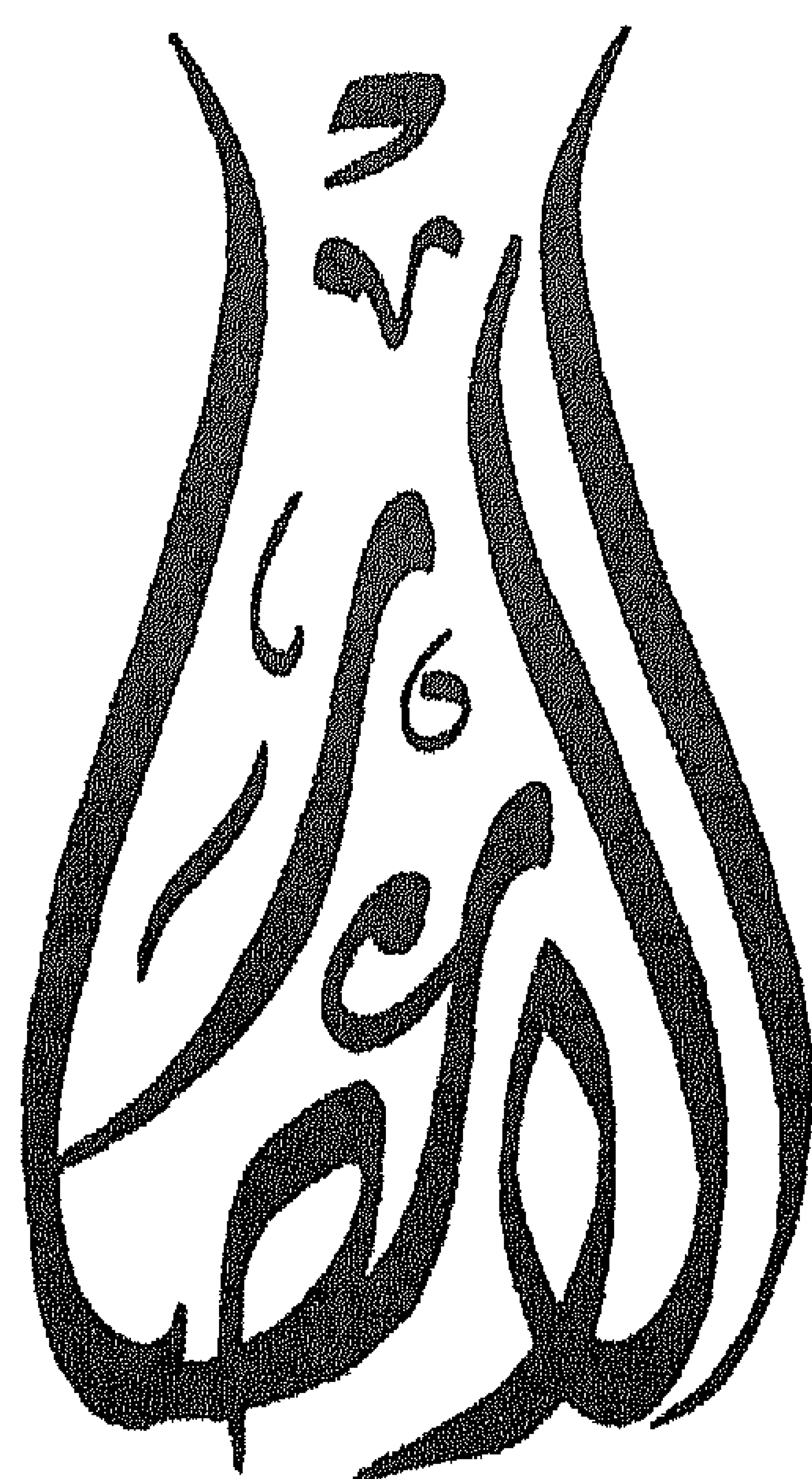
- Moss,G. & Dielman, T. (1986). Demographic correlates of SI assessment of type A behavior. Psychosomatic Medicne,48, 564 – 575.
- Muldoon,M., Manuck, B. & Mathews, K. (1990). Health through cholesterol reduction. Annual of Behavioral Medicne,14, 101 – 108.
- Negri, E. , Vecchia,C. & Davanzo, B. (1994). Acute myocardial infraction; Association with time since stopping smoking in Italy. Journal of Epidemiology and Community Health. 48, 129 – 133.
- Newman,M. & Stone,A. (1996). Does humor moderate the effects of experimentally – induced stress? Annual of Behavioral Medicine,18, 101 – 109.
- NiAAA(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), (1993). Alcohol and Health (8th Special report to the U.S. Congress. Publication No. 943699. Washington . DC: U.S. Government Printing Office.
- NSCIA (National Spinal Cord Injury Association), (1995). Spinal cord statistical information. Cambridge, MA: Author.
- Orne,M. (1989). On the construct of hypnosis.In: D. Burrows; Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine.Amesterdam: Elsevier.
- Peck,A. (1972). Emotional reaction to having cancer. American Journal of Rentgenonolgy, radium, Therapy and Nuclear Medicine,114, 591 – 599.
- Peterman,T. (1992). Facilitator of HIV transmission drug sexual contact. In: M. Alexander; Heterosexual transmission of AIDS. New York: Wiley.
- Peveler,R. & Johnston,D. (1986). Subjective and cognitive effects of relaxation. Behavior Research and Therapy, 24, 423 – 419.

- Redd,W. & Silberfarb,P. & Andersen, B. (1991). Physiologic and psychobehavioral research in oncology, Cancer. 67, 813 – 822.
- Reed,G., Kemeny, M., & Visscher, B. (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS; Health Psychology, 13, 299 – 307.
- Reker,G. & Wong,P. (1985). Personal optimism, physical and mental health. In; E. Birren & J. Livingston; Cognition
- Rozin,P. (1989). The role of learning in the acquisition of food preference by humans. In : R. Shepherid, Handbook of the psychophysiology of human eating, Chichester; Wiley.
- Runyan,C. (1985). Health assessment and public policy within a public health framework. In: P. Karoly; Measurement strategies in health psychology, New York, Wiley.
- Sanders,S. (1985). Chronic pain. Annual of Behavioral Medicine, 7 (3), 305.
- Schachter,S. (1982). Recidivism and self cure of smoking and obesity. American Psychologist, 37, 436 – 444.
- Schunk,D. & Carbonar, J. (1984). Self – efficacy models, In: J. Matarazzo, Behavioral health. New York; Wiley.
- Seeman,T. & McEwen, B. (1996). Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. Psychosomatic Medicine,58, 459 – 471.
- Seligmann,J. Sulavik, C. (1992, April, 27). Software for hard issues. Newsweek, 55.
- Severson, H. & Lichtensten,E. (1986). Smoking prevention programs for adolescents. In: N. Krasingor: Child health behavior, New York: Oxford. New York: Wiley.
- Shneidman,E. (1977). The college student and death. In: H. Feifel; New meaning of death. New York: McGraw – Hill.

- Shontz,F. (2000). The psychological aspects of physical illness and disability. New York: Macmillan.
- Simoni, J. (1995). Women self – disclosure of HIV infection. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 474 – 478.
- Sklar,L. & Anisman, H. (1981). Stress and cancer. Psychological Bulletin, 89, 369 – 406.
- Smith, C. Fernengel & Marien,L. (1994). Misanalysis of the association between social support and health outcomes, Annals of Behavioral Medicine, 16, 353 – 362.
- Stamler, R. ; Gosch,F. ; Civinelli,J. & Dyer, R. (2000). Primary prevention of hypertension by nutritional – hygienic means. Journal of American Medical Association, 262, 1801 – 1807.
- Tennes,K. & Kreye,M. (1985). Children's adrenocortical response to elementary school. Psychosomatic Medicine,47, 451 – 460.
- Thompson,S.; Nanni,C. & Schwankovesky,L. (1990). Patient – oriented intervention to improve communication in medical office visit. Health Psychology, 9, 390 – 404.
- U.S. Government printing Office.
- USDHHS (United States Development of Health and Human Services). (1995). Health United States. Washington.DC: U.S. Government printing Office.
- Varini,J. & Thompson, K. (1986). Biobehavioral assessment and management of pediatric pain. In; N. Karsenegor: Child health behavior. New York: Wiley.
- Viney,L. Walker, B. & Robertson, T. (1994). Dying in palliative care units and in hospitals: A comparison of the quality of life of terminal cancer patients. Journal of Consulting and clinical Psychology, 62, 157 – 164.
- Waliston, K. and Walinston B. (1987). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) Scale, Health Education Monographs, 6, 161 – 170.

- Weeda – Mannak,W.(1990). Bulimia nervosa. In: A. Kaplan: Behavioral Medicine. Chichester; Wiley.
- Weinberger,M.; Hiner, S. & Tirney,W. (1987). In support of hassles as a measure of stress in predicting health outcome.
- Williams,C. (1991). Cancer biology and management. New York: Wiley.
- Williams, R. & Barefoot,J. (1988). Coronary – prone behavior: The emerging role of hostility complex. In: B. Houston: Type A behavior pattern: research, theory and intervention. New York: Wiley.
- Wing, R. (1992). Weight cycling in humans. Annals of Behavioral Medicine,14, 113 – 119.
- Woods,M. & Birren,J. (1984). Late adulthood and aging. In: D. Mattarazzzo; Behavioral Health. New York: Wiley.
- Zisook,S.; Juncker,A. & McCusker,J. (1995). Death, dying and bereavement. In: M. Nicassio; Managing chronic illness. Washington ,DC: American Psychological Association.


للنشر والتوزيع

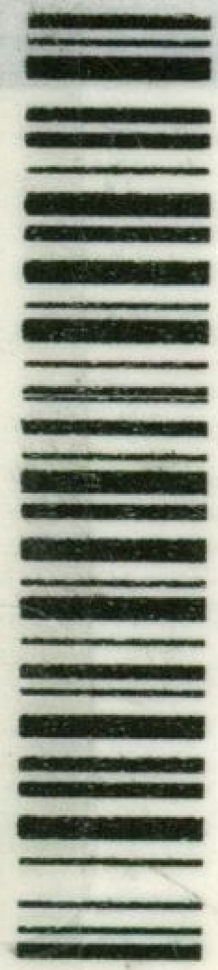


للنشر والتوزيع



# علم النفس العيادي

## وتطبيقاته الإرشادية








الأردن - عمان - وسط البلد - ش. الملك حسين - مجمع الفحيص التجاري

هاتف : 96264646208+ فاكس : 96264646470+

الأردن - عمان - مرج الحمام - شارع الكنيسة - مقابل كلية القدس

هاتف : 96265713906+ فاكس : 96265713907+

جوال : 00962-797896091

info@al-esar.com - www.al-esar.com



دار الاعصار العلمي



9 789957 586737